Rok XI Luty 1939 Nr 2

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

TRANSPORT

(Wykład dla Kursu organizowanego przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, dnia 18-go listopada 1938 r.).

Pod nazwą transport rozumiemy sposób, w jaki ranny lub chory zostaje przeniesiony czy przewieziony z miejsca na miejsce, a przede wszystkim z miejsca wypadku do punktu, gdzie mu zostanie udzielona pomoc w postaci opatrunku, zabiegu, względnie dłuższego leczenia.

Przy omawianiu zagadnienia transportu musimy uwzględnić:

Warunki transportu, które będą inne w czasie pokoju (znowu różne w wielkim mieście, gdzie przewóz rannych i chorych załatwia sprawnie i szybko karetka pogotowia, i na wsi, gdzie kwestia transportu do zakładu leczniczego nieraz nie jest łatwa do rozwiązania), inne zaś na wojnie (tu znowu łatwiejsze w czasie walk pozycyjnych, znacznie trudniejsze w walkach ruchowych, a zwłaszcza podczas odwrotu).

Środki transportu; **transport pieszy** — o własnych siłach lub z pomocą pielęgniarza — jest dostępny tylko dla lżej rannych, zwłaszcza w kończyny górne; **przenoszenie rannego** na rękach lub „na barana“ przez jednego lub dwóch sanitariuszy ma zastosowanie tam, gdzie użycie noszy z tych czy innych względów jest niemożliwe. Najczęściej stosowanym sposobem transportu jest przenoszenie **na noszach**. Typowe nosze wojskowe są wygodne w użyciu, lekkie i mocne.

Transport pieszy lub przenoszenie mogą mieć zastosowanie tylko na nieznaczne odległości, jako mało szybkie oraz męczące. Dlatego, o ile warunki na to pozwalają, dogodniejszy jest **transport kołowy**, za pomocą wózków ręcznych, wozów konnych, samochodów lub samolotów sanitar-

nych, pociągów sanitarnych, wreszcie drogą wodną. Transport przy użyciu tych środków komunikacyjnych, specjalnie lub tylko prowizorycznie do tego celu dostosowanych, jest na ogół szybszy i dogodniejszy, ale ma też swoje strony ujemne, jest bowiem zbyt zależny od sytuacji bojowej, warunków terenowych (dróg), sił pociągowych czy materiałów pędnych itp. **Wózki ręczne** lub **dwukółki konne** są lekkie, obrotne, mogą dotrzeć do rannego znajdującego się nawet na bezdrożach. Odpowiednio urządzone nadwozia do zwykłych **wozów wiejskich**, (np. **typu płk. Gilewicza**) pomysłowo dostosowują ten powszechny typ wozów do celów transportu. **Samochody sanitarne** wymagają dobrych dróg; znajdują one właściwe zastosowanie dopiero na większe odległości — jednak dłuższy transport ciężko rannego po naszych drogach nie jest zbyt wygodny i korzystny dla zdrowia. Transport **drogą powietrzną**, najszybszy, a zarazem najmniej narażający rannego na wstrząśnienia, wymaga odpowiedniego terenu do startu i lądowania samolotu; lot na zbyt znacznych wysokościach może wpływać ujemnie na stan rannych, zwłaszcza w czaszkę i klatkę piersiową. Transport kolejowy, **pociągami sanitarnymi**, może zapewnić rannemu warunki zbliżone do szpitalnych.

Szybkość transportu zależna jest od użytego środka transportowego oraz od warunków; ma ona duże znaczenie w przypadkach pierwszej nagłości, gdzie wcześnie udzielona pomoc fachowa decyduje nieraz o życiu rannego. Uwzględnić jednak trzeba, że, jeśli chodzi o transport kołowy, szybkość jest niemal odwrotnie proporcjonalna do wygody: nasilenie wstrząśnień jest przecie przy szybkiej jeździe znacznie gwałtowniejsze. Jedynie transport powietrzny łączy w sobie maksymalną szybkość z dużą wygodą.

O zdolności do transportu decyduje, przede wszystkim na podstawie stanu zdrowia rannego, lekarz przeprowadzający segregację rannych lub kierujący transportem. Jako niezdolnych do transportu uważać należy konających oraz tych ciężko rannych czy znajdujących się w stanie ciężkiego wstrząsu urazowego, dla których nawet najostrożniejszy transport jest szkodliwy, mogąc spowodować katastrofę. Kwestia zdolności do transportu musi być również uzależniona od warunków, w jakich znajduje się ranny, (np. leżącego na polu bitwy staramy sie za wszelką cenę przenieść do punktu opatrunkowego, podczas gdy dla rannego leżącego w szpitalu polowym pojęcie zdolności do transportu można znacznie zwęzić), oraz od sytuacji strategicznej, (podczas wzmożonej akcji bojowej wyniesienie rannego ze strefy ognia może być wręcz niewykonalne ze względu na zbyt wielkie niebezpieczeństwo życia grożące sanitariuszom).

Pozycja podczas transportu; pozycja siedząca dla lżej rannych lub leżąca dla ciężej rannych jest uzależniona od decyzji lekarza kierują-

cego transportem. Ekonomiczniejsza jest oczywiście pozycja siedząca, gdyż wszystkie środki transportowe mogą pomieścić znacznie większą ilość rannych siedzących, niż leżących.

Na specjalne uwzględnienie zasługuje wstępny etap transportu — od miejsca zranienia do najbliższego (baonowego) punktu opatrunkowego: odbywa się on bowiem w warunkach najcięższych, a zarazem najbardziej prymitywnych. Na tym odcinku transport na noszach musi być uważany za największy komfort; tocząca się akcja bojowa utrudnia, a czasem na dłuższy czas uniemożliwia wyniesienie rannego; zarówno opatrunek rany, jako też unieruchomienie są z konieczności prowizoryczne; wielka ilość rannych wymaga jak największej wydolności transportowej patroli sani-



Transport na noszach

tarnych i zmobilizowania w tym kierunku wszystkich dostępnych środków i sił — bo przecież od wczesnego dostarczenia rannego w fachowe ręce lekarza zależy jego życie, zależą jego dalsze losy (kalectwo, inwalidztwo), zależy krótszy lub dłuższy okres leczenia, decydujący o czasie powrotu jego do szeregów walczących.

Nie mniej ważną rolę odgrywa segregacja rannych, (t. j. podział rannych na wymagających niezwłocznej, ratującej życie interwencji operacyjnej, na ciężko i lekko rannych i t. p.), gdyż umożliwia ona skierowanie transportu rannych w różnych kierunkach, do różnych jednostek służby zdrowia i w pewnej kolejności, a to w zależności od wskazań lekarskich, warunków bojowych, wymagań taktyki sanitarnej i t. p.

Przy segregowaniu rannych konieczne jest uwzględnienie niektórych specjalnych warunków, odgrywających ważną rolę w zagadnieniu transportu, a więc n. p.: ranni w głowę nieźle znoszą transport przed zabiegiem operacyjnym, natomiast wczesny transport po trepanacji jest niezmiernie

niekorzystny i groźny dla życia; transport rannych w jamę brzuszną wymaga wielkiej ostrożności i delikatności — przewożenie ich np. na zwykłym wozie po złej drodze nieuchronnie kończy się katastrofą, natomiast transport lotniczy ma tu najwdzięczniejsze pole zastosowania; ranni w kończyny znoszą dobrze transport tylko pod warunkiem dokładnego unieruchomienia na szynach, co chroni ich w znacznej mierze przed wystąpieniem wstrząsu urazowego; ranni w klatkę piersiową, a także zatruci gazami duszącymi, nawet przy pozornie doskonałym stanie ogólnym, bezwzględnie wymagają transportu w pozycji leżącej, gdyż każdy ruch może wywołać lub nasilić groźne objawy duszności, będące wyrazem narastającego krwiaka, odmy opłucnowej lub obrzęku płuc.

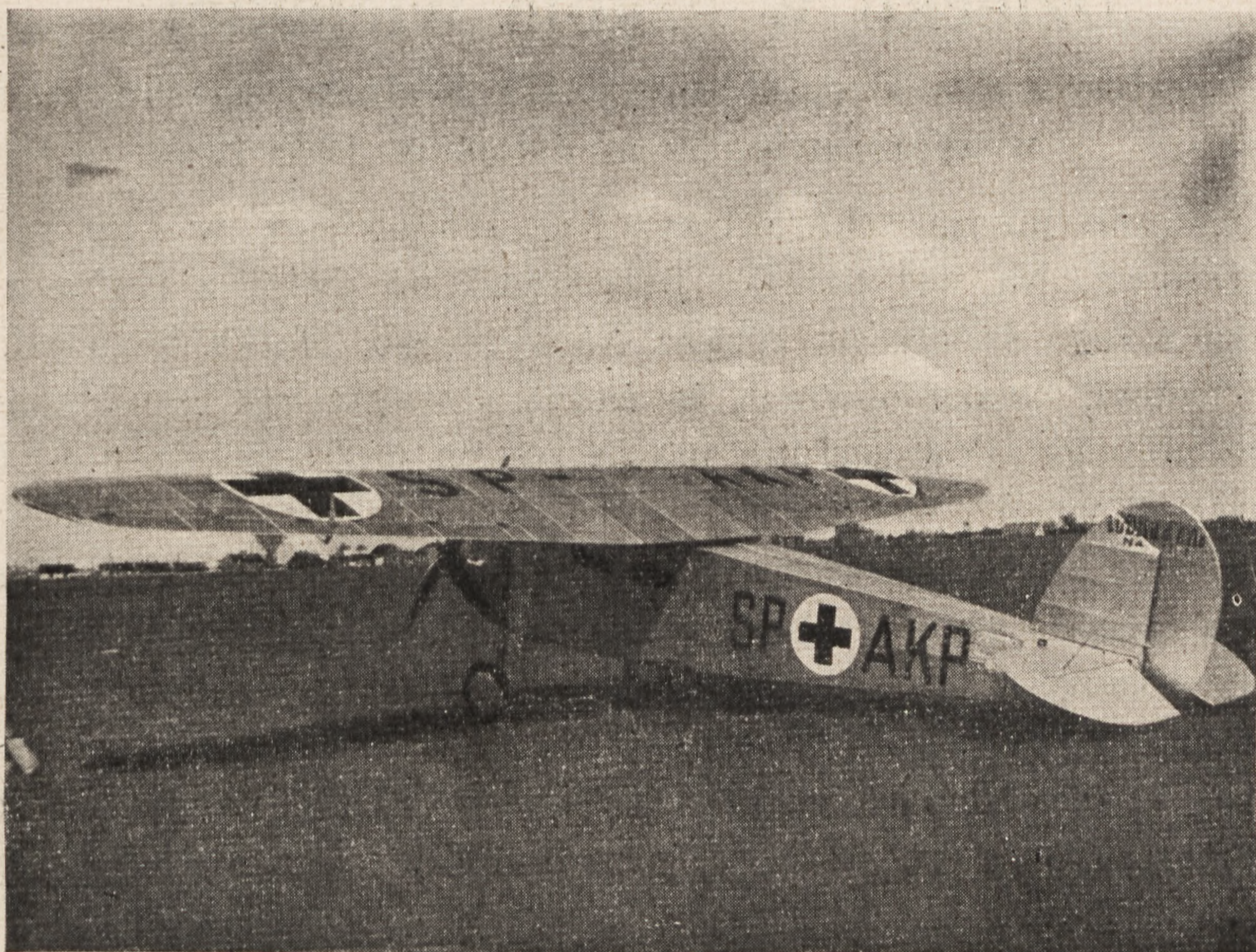


Samolot sanitarny Lublin R. XVI bis

Jeszcze na jeden moment chcę zwrócić uwagę — mianowicie na psychiczne nastawienie rannych, którzy, z jednej strony pragną jak najprędzej wydostać się ze strefy niebezpieczeństwa, z drugiej zaś — chcą się co rychlej dostać w ręce lekarza, który dopomoże im w walce z cierpieniem. Tym się tłumaczy fakt, iż nieraz bardzo ciężko ranni przechodzą lub przepełzają znaczne nawet odległości w dążeniu do pomocy lekarskiej (czym sobie nieraz poważnie szkodzą), że, nie zważając na toczący się bój, rozpaczliwymi krzykami wzywają pomocy, a niemożność transportu z tych czy innych przyczyn staje się dla nich ciężkim urazem psychicznym.

Na zakończenie słów kilka o zadaniach i obowiązkach personelu pielęgniarskiego w związku z transportem:

Przygotowanie rannego do transportu będzie polegało na opatrzeniu rany, przynajmniej w sposób prowizoryczny, na zatamowaniu krwawienia (opaska uciskowa, opatrunek uciskający, tamponada), na unieruchomieniu kończyny przez ułożenie na odpowiedniej szynie (specjalnej lub prowizorycznej), na uśmierzeniu bólu przez wstrzyknięcie środka przeciwbólowego, na spuszczeniu moczu (cewnikowanie), na załatwieniu sprawy wypróżnienia (lewatywa, ewentualnie podanie nalewki makowcowej) i t. p.; czasem konieczne jest pobudzenie przed transportem akcji serca — przez wstrzyknięcie środków nasercowych. W zależności od warunków atmosferycznych i pory roku, należy pamiętać o zapewnieniu dobrej ochrony przed zimnem



Samolot sanitarny Lublin R. XVI bis

(ciepłe ubranie, dokładne okrycie kocami), by zapobiec oziębieniu ustroju, co jest niekorzystne dla ciężko rannych, wykrwionych, a zwłaszcza znajdujących się w stanie wstrząsu. Ranny przygotowany do transportu winien być zaopatrzony w kartę ewakuacyjną, zawierającą, prócz danych personalnych, rozpoznanie oraz opis wykonanych zabiegów; fakt nałożenia opaski uciskowej musi być na tej karcie specjalnie uwidoczniony.

W niektórych wypadkach musi ciężko rannemu towarzyszyć podczas transportu pielęgniarka, której zadaniem będzie fachowa opieka nad rannym, aż do chwili oddania go w ręce nowych opiekunów. Zależnie od trwania transportu, czynności tej pielęgniarki będą się ograniczały tylko do zabiegów najważniejszych (wstrzykiwanie leków zaleconych przez leka-

rza, pielęgnacja ogólna, pomoc np. w razie wymiotów i t. p.), bądź też będą polegały nawet na karmieniu i pojeniu pacjenta.

W niektórych środkach transportu (samochodach i samolotach sanitarnych) są przewidziane specjalne miejsca dla personelu pielęgnującego podczas transportu, oraz istnieją podręczne apteczki. Podczas transportu pociągiem sanitarnym — na większe odległości — czynności pielęgniarek nie różnią się niemal niczym od zwykłej pracy szpitalnej.

Dr. Henryk Ciszkiewicz, mjr-lekarz.

Dziecko w szkole wiejskiej

Referat, wygłoszony w drugim dniu XIII Walnego Zjazdu P. S. P. Z. w Warszawie, 20-go listopada 1938 r.

Na wstępie muszę scharakteryzować środowisko, w którym dziecko stale przebywa. Na wsi dziecko przychodzi na świat z rozkazu Bożego i odchodzi z tego świata na rozkaz Najwyższego. Matka bezwiednie poddaje się losowi, uważa bowiem, że żadne starania czy zapobiegania chorobie nie pomogą. Powszechnie utarło się na wsi powiedzenie „Pan Bóg dał, Pan Bóg wziął". — Na wsi o dziecko dba się niewiele. Niemowlę dostaje piersi, kiedy zakrzyczy. Sześcioletnie dziecko musi już pracować, dzień jego zaczyna się o wschodzie słońca — budzą je po to, by wypędziło krowy na paszę, i śpiące, głodne pasie krowinę niemal cały dzień. Również dziecko w wieku szkolnym nie jest od tej pasionki zwolnione, tyle tylko, że ją przerywa na czas pobytu w szkole. Lekcje odrabia przy nędznej lampie na rogu stołu, a przedmiotów ustnych uczy się, pasąc krowy.

A odżywianie dzieci — pożal się Boże! Podstawą pożywienia na wsi są kartofle z okrasą lub często bez. Kapusta, barszcz biały, czasem czerwony, kasza na mleku, a do wszystkiego kartofle. Masła wieś nie używa. Mleko pełne należy do rzadkości, piją je tylko małe dzieci.

Jeżdżąc jako higienistka objazdowa po szkołach powiatu łukowskiego, zbierałam ankietę, z której okazało się, że mleko pełne pije tam 55% ludności, reszta pije odciągane lub też wcale go nie używa. Masło jada tylko 11%, sera w ogóle nie jadają. Jarzyny, które wieś używa, to kapusta i buraki, marchew należy do rzadkości, pomidory znane są tam, gdzie istnieją Koła Gospodyń Wiejskich. Spotkałam nawet i taką wieś, która nie używała buraków.

Wyniki, jakie otrzymałam z ankiety, przeraziły mnie, a równocześnie otworzyły mi nowe pole pracy. Zaczęłam wygłaszać pogadanki o odżywianiu i innych bolączkach wsi. Starałam się o uruchomienie Kół Gospodyń

Wiejskich, urządzałam konferencje z rodzicami. Po jakimś czasie zaczęło się dziać lepiej, ale dużo jeszcze trzeba starań, aby pożywienie na wsi nie było tak monotonne i jednostronne.

Higiena mieszkań i otoczenia pozostawia również wiele do życzenia. Niewielka chata o powierzchni 23 m², o jednym nie otwierającym się oknie, mieści od 7 do 12 osób. Wejdźmy do jednej z tych chat, we wnętrzu której mieszka 12 osób. W izbie stoją dwa łóżka, obydwa zasłane poduszkami pod sufit, domyślam się, że są panny na wydaniu, (oczywiście tych wyprawowych poduszek się nie używa); pytam, jak tu sypiają, okazuje się, że na każdym łóżku śpi po cztery osoby, reszta sypia podczas lata w stodole, w zimie w chacie na ziemi. Wczesną wiosną gnieżdżą się w tej małej izbie i małe kurczęta. Powietrze okropne. Na kominie stale się coś gotuje, jak nie kartofle dla świń, to kapusta dla domowników, wyziewy potu pomieszane z dymem i parą tworzą zaduch nie do zniesienia. W zimie dziecko większą część dnia przebywa w chacie, wędząc się w tym powietrzu, nic też dziwnego, że po miesiącach tak spędzonych jest blade i apatyczne, zatrute tym „kiszonym powietrzem".

Przy tym zimą, kiedy roboty w polu ustaną, gospodyni stara się wyspać i zaoszczędzić na jadle. Dziecko znowu cierpi, idzie do szkoły nie myte — bo w chacie zimno, i głodne, bo śniadanie-obiad ugotowane będzie dopiero w południe. Kolację jada o zmierzchu. Tym sposobem matka wyrzuca jeden posiłek i — oszczędza.

A ubranie w zimie — to kolekcje sukienek, powkładanych jedna na drugą, chuścina na głowie i buty na bosych nogach. Do szkoły mają dzieci nieraz po 5 km. W lecie łatwo przebiec tę drogę, gorzej w zimie lub jesienią przy śnieżnej zadymce lub deszczu. Głodne, w nędznym odzieniu dziecko brnie do szkoły po śniegu i błocie po kilka kilometrów; przemoczywszy nogi, utraciwszy cieplik, marznie w niedostatecznie ogrzanej szkole. Cóż dziwnego, że często zdarzają się w szkole wypadki omdleń? Okazuje się, że dziecko przyszło bez śniadania, ani kawałka chleba z sobą nie wzięło, zmarzło.

Nic dziwnego, że zima daje się mocno dzieciakom we znaki. Nieodpowiednie odżywienie, złe powietrze w izbie i szkole wytrąca dziecko z równowagi życiowej. Dopiero, gdy przyjdzie wiosna i słońce zacznie przygrzewać, dzieci nabierają życia — ich lekarstwem jest powietrze i słońce, którego zresztą zażywają bezwiednie, gdyż ludność wsi zdaje sobie dokładnie sprawę z dobrodziejstwa słońca, wywieranego na płody ziemne, ale nie z życiodajnej działalności promieni słonecznych na organizm ludzki.

Muszę nadmienić, że na 72 szkoły, które miałam pod swoją opieką, tylko 11 mieściło się w nowo wybudowanych budynkach, 4 zaś było

w trakcie budowy. Klasy szkolne mieszczą się przeważnie w przebudowanych izbach wiejskich. 26 m^2 to średnia wielkość klas. W takiej małej klasie o dwóch lub trzech oknach mieści się od 50 do 60 dzieciaków, siedzą na niewygodnych ławkach, stłoczone po pięcioro, siedmioro. Brak szatni daje się odczuć bardzo dotkliwie. Dzieci, które przychodzą na drugą zmianę w lecie, czekają na dworze w zimie w małej sionce, albo w sąsiedniej izbie gospodarskiej.

Mając pod kontrolą, jako higienistka objazdowa powiatu łukowskiego, 72 szkoły, wobec fatalnych warunków komunikacyjnych mogłam tylko dwa razy do roku odwiedzić każdą z nich, aby przejrzeć dzieci i konferować z rodzicami — kropla w morzu. W tych warunkach trudno było zorganizować jakąś stałą akcję, intensywniejsza współpracę z miejscową ludnością, nie można było przez częstsze oględziny wpajać w dzieci zasad higieny osobistej. Mimo tych trudności i krótkiego okresu mojej pracy, udało mi się jednak osiągnąć pewne rezultaty.

W pracy mojej wytknęłam sobie dwa cele: podnieść stan czystości i stan zdrowotności dzieci szkolnych. Ponieważ przyjeżdżałam do szkoły dwa razy do roku, a lekarz do szkół tych nie przyjeżdżał wcale (chyba w razie epidemii), musiałam nawiązać ścisły kontakt z nauczycielstwem i okolicznymi ośrodkami zdrowia, na nie w znacznej mierze przerzucając ciężar pracy.

Przez kontakt z nauczycielstwem dążyłam do podniesienia higieny życia codziennego wśród dziatwy. Nauczycielstwo mogło czynić rzeczy dla mnie nie możliwe, a więc częste przeglądy czystości, choćby nawet pobieżne, oraz dbać o wprowadzenie takich przedmiotów, jak umywalki, ręczniki, spluwaczki, dbać o porządek w ubikacjach i t. p. Wysiłki moje nie dawały żadnych rezultatów tam, gdzie nauczyciel nie rozumiał higieny życia codziennego, wobec czego nie prowadził dalej rozpoczętych przeze mnie prac. Natomiast w szkołach, w których nauczycielstwo naprawdę ze mną współpracowało, ilość dzieci zawszonych i brudnych zmalała.

Dzieci wątłe kierowałam na szczegółowe badania lekarskie do ośrodka zdrowia. I znowu zaznaczyć muszę, że tam, gdzie nie było ośrodków, praca moja nie dawała wyników.

W powiecie łukowskim jest już obecnie pięć ośrodków zdrowia. Będąc później zatrudniona w jednym z nich, mogłam pracę swą rozwinąć na szerszą skalę. Miałam wówczas pod opieką 22 szkoły. Dwa razy do roku, jesienią i na wiosnę przeglądałam wszystkie dzieci. O mych wizytach kierownictwa szkół były powiadomione na kilka dni przedtem przez urząd gminny, od którego dostawałam też konie. Prócz tego od czasu do czasu wpadałam niespodzianie do szkół, aby sprawdzić stan higieny. Te niespodziane wizyty dawały dobre rezultaty, dzieci były coraz czyściejsze,

a ilość zawszonych spadła z 75% na 25%, miałam nawet i taką szkołę, w której zawszona dziewczynka należała do wyjątków.

Przegląd dzieci obejmował ubrania, bieliznę, stan czystości skóry, włosów, stan gruczołów szyjowych, jamy ustnej i zewnętrzny wygląd dziecka. Każdy przegląd kończyłam krótką pogadanką o higienie i tępieniu gnid i wszy. Czasami trzeba było demonstrować na dziecku mycie do pasa. Jeżeli na terenie szkoły istniało Koło Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża, pracę miałam ułatwioną, gdyż sekcja higieniczna czuwała.

Nauczycielstwo stara się również walczyć z brudem. W pierwszym oddziale nauczyciel wpaja w dzieci zasady higieny osobistej, sprawdza czystość bielizny i ciała, gdyż jest to przewidziane w programie, natomiast w starszych oddziałach, gdzie jest więcej przedmiotów i program obszerny, brak czasu nie pozwala na przeglądy czystości. Często też się zdarza, że dzieci w pierwszym oddziale są czyściejsze, niż w starszym, gdyż o czystość tych pierwszych dba nauczyciel i matka, a te starsze, pozostawione własnemu losowi, zapomniawszy o higienie, są brudne i zawszone.

Palącą kwestią w szkołach wiejskich, zwłaszcza jednoklasówkach, jest brak apteczek szkolnych dla udzielania pomocy w nagłych wypadkach. Apteczka — to zazwyczaj tylko odrobina jodyny, będąca własnością nauczyciela. Szkoły wyżej zorganizowane posiadają apteczki szkolne, lecz nie zawsze wyposażone w odpowiednie leki, gdyż nauczyciel zakupujący je nie jest osobą kompetentną w tej dziedzinie. Pieniądze na ten cel przewidziane są w budżecie gminy, na której terenie znajduje się dana szkoła. Ponieważ wójt i radni nie zawsze rozumieją potrzebę istnienia apteczki, więc wydostanie tych pieniędzy przedstawia wiele trudności i zależy od tego, jak nauczyciel umie sobie radzić z gminą. Jeżeli nauczyciel na danym terenie jest ceniony, potrafi wydobyć te pieniądze, w przeciwnym razie — szkoła zostaje bez apteczki. Na terenie moich gmin starałam się w porozumieniu z nauczycielstwem wydostać sumy na ten cel przeznaczone. Kupowałam na raz kilka kompletów, przez co uzyskiwałam pewien rabat. Apteczki te wyposażone były w potrzebniejsze leki i materiał opatrunkowy. Tym sposobem nawet jednoklasówki miały swoje apteczki.

Apteczką pod kierunkiem nauczyciela zajmowało się Koło Młodzieży P. C. K., w którym przedtem przeprowadziłam kurs pomocy w nagłych wypadkach, jeśli Koła nie było, pierwszej pomocy udzielał nauczyciel. Poważniejsze wypadki kierowano do ośrodka zdrowia.

Dzieci, skierowane przeze mnie do ośrodka z jaglicą, czy innymi schorzeniami, zgłaszały się chętnie, otrzymując w ośrodku bezpłatnie poradę lekarską. Procent jaglicy zmniejszył się. Koło P. C. K. dla dorosłych, które istniało, a w pracach którego brałam udział, przyszło z pomocą dzieciakom w okresie zimowym. Urządziliśmy loterię i zabawę taneczną i dochód z tych imprez przeznaczyliśmy na dożywianie i rozdawnictwo tranu.

Dziecko dożywiane na śniadanie dostawało szklankę mleka pełnowartościowego oraz 250 gr. chleba razowego. Tran rozdawało się wszystkim dzieciom wątłym; dzieci niezamożne tran otrzymywały w szkole bezpłatnie, dzieci zamożniejsze płaciły 1.60 zł. za 1 kg., bo w takiej cenie dostałam tran przez Koło Gospodyń Wiejskich. Każde dziecko wypiło przeciętnie po ½ kg. tranu. Wyniki były dobre, dzieci poprawiły się znacznie.

Początkowo ludność niechętnie odnosiła się do ośrodka — dziś stosunek ten zmienił się. Ludność nabrała przekonania, że lekarz i pielęgniarka pracują dla ich dobra.

Już jest lepiej, bo tam, gdzie dawniej okna były zamurowane, dziś są otwarte, ludność zaczyna rozumieć, że słońce i powietrze to lekarz domowy. Trochę gorzej jest z wodą i mydłem, ale myślę, że już w niedługim czasie jedno i drugie stanie się nieodłącznym przyjacielem ludności, która zaczyna powoli rozumieć znaczenie higieny.

Lucyna Mitrutówna
Abs. Szkoły Pielęgn. PCK. w Warszawie



Z zagadnień alkoholizmu

Kwestia walki z alkoholizmem, jako z klęską społeczną, jest jednym z palących zagadnień o wysoce doniosłym znaczeniu dla każdego państwa.

U nas w Polsce tym bardziej uwypukla się doniosłość tej sprawy ze względu na to, że w czasach obecnych alkoholizm wzmógł się niezmiernie i opanował nie tylko wszystkie warstwy społeczeństwa, ale szerzy się również i wśród nieletnich.

O tym, jak smutne i zgubne są skutki alkoholizmu tak dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa, świadczą chociażby te tak licznie wydawane rozprawy, broszury i artykuły z dziedziny alkoholizmu, opracowane przez ludzi nauki całego świata, wybitnych fachowców lekarzy, socjologów i kryminologów, a traktujące o różnych zagadnieniach w tej dziedzinie.

W nrze 2 „Życia Lekarskiego", znajdujemy ostatnio artykuł prokuratora Stanisława Czerwińskiego z Warszawy p. t. **„Ustawodawstwo w walce z przestępczością na tle alkoholizmu, a rola lekarza"**, w którym autor podaje uwagi i spostrzeżenia o sposobach walki z przestępczością na tle alkoholizmu.

Alkoholizm, stwierdza autor, jest głównym źródłem powiększania się w ogóle liczby przestępstw, a w szczególności kolosalnego wzrostu przestępstw chronicznych.

t. j. czynów przestępczych popełnianych przez recydywistów, przestępców zawodowych lub nałogowych. Jak wielki jest procent przestępstw popełnianych pod wpływem nadużycia alkoholu, obrazują nam dane statystyczne, zaczerpnięte z „*Bulletin de la Commission penitentiare internationale*“: W Stanach Zjednoczonych Ameryki Półn. 60% skazanych wyrokami sądowymi popełniło zarzucane im czyny przestępcze na tle nadużycia napojów spirytusowych, w Anglii i Niemczech przeszło 50%, w Belgii — 45%, w b. Austrii — 65%, u nas w Polsce — 33%. Współczesną walkę z przestępczością charakteryzuje przede wszystkim wzmożenie represji karnej; w ustawodawstwach wielu państw została wprowadzona nawet kara śmierci i kara cielesna. „Kara, zaznacza prok. Czerwiński, zawsze odgrywała i odgrywać będzie b. doniosłą rolę, będąc z jednej strony czynnikiem utrwalenia poczucia prawa wśród ogółu, z drugiej zaś powstrzymując od przestępczości wyspołecznione kierunki woli ludzkiej — groźbą następstw karnych“. „Aczkolwiek środki ustawodawcze, przemoc i przymus nie posiadają cudotwórczej siły do zupełnego przezwyciężenia namiętności, zwalczania nałogów i wad, przekształcania skłonności i obyczajów, to jednak ochrona społeczeństwa przed przestępczością wymaga zdecydowanej i krzepkiej obrony przed jednostkami gwałcącymi prawo“.

Najskuteczniejszą jednak i najwydatniejszą będzie walka z przestępczością przez zastosowanie t. zw. profilaktyki przeciwprzestępczej, t. j. środków zapobiegawczych, które by zwalczały tę przestępczość jeszcze przed dokonaniem czynu występnego i które przeto powinny być zastosowane tam, gdzie stosunkowo najłatwiej mogą powstać bodźce kierujące do przestępstwa. Tą profilaktyką przeciwprzestępczą będzie właśnie walka z alkoholizmem, który, jak wykazują wyżej przytoczone dane statystyczne, w tak wielkim stopniu przyczynia się do wzrostu przestępczości, pomijając już fakt, że większość nieszczęśliwych wypadków zdarza się również pod wpływem zamroczenia alkoholowego.

Jedynie tylko wyrwanie z pęt alkoholizmu narodu i prowadzenie go po drodze wstrzemięźliwości gwarantuje ład i spokój w życiu społecznym. Toteż w poszczególnych państwach istnieją ustawy przeciwalkoholowe, które mają właśnie na celu zwalczanie alkoholizmu i zgubnych następstw. A więc np. w Szwecji ustawa przeciwalkoholowa przewiduje dwa typy zabiegów, stosowanych względem alkoholików. Pierwszy polega na udzieleniu pomocy i opieki celem moralnego prezkształcenia alkoholika z pozostawieniem go na wolności, drugi zaś — na umieszczeniu w specjalnym zakładzie dla alkoholików. Istnieją tam w każdej gminie t. zw. komisje trzeźwości, które mają ogólny nadzór nad trzeźwością mieszkańców danej gminy. O każdym obywatelu, który nadużywa alkoholu, członek jego rodziny lub nawet osoba postronna ma prawo zawiadomić komisję trzeźwości z przytoczeniem okoliczności, stwierdzających fakt i następstwa takiego nadużycia. Komisja po przeprowadzeniu dochodzenia wzywa oskarżonego, wyjaśnia mu szkodliwość nadużycia napojów spirytusowych, i uprzedza go, że pozostaje on teraz pod obserwacją komisji. W razie braku poprawy z jego strony, zostaje on na wniosek komisji decyzją prefektury umieszczony w zakładzie dla alkoholików. Pijaków niebezpiecznych, zagrażających bezpieczeństwu rodziny lub samemu sobie (np. targnięciem się na własne życie), policja ma prawo natychmiast umieścić w zakładzie leczniczym lub, w razie braku wolnego miejsca, skazać go na zwyczajny areszt do 3-ch miesięcy. Okres czasu pozostawania w zakładzie nie jest z góry określony, lecz nie może dłużej trwać, niż 2 lata. Obywatel taki, po zwolnieniu z zakładu, pozostaje nadal pod obserwacją komisji trzeźwości. Ustawa ta dała podobno znakomite wyniki: wypadki zachorowania na tle alkoholizmu zdarzają się coraz rzadziej, ostre zaś pomieszanie zmysłów wskutek nadużycia alkoholu znikło prawie zupełnie. Ponadto statystyka stwierdza kolosalny spadek przestępczości.

We Francji w r. 1873 obowiązywała ustawa, na mocy której podlegały karze nie tylko osoby, które zjawiały się w stanie opilstwa w miejscach publicznych, lecz również i właściciele restauracji, kabaretów itp., za sprzedaż alkoholu osobom pijanym.

Ustawa karna niemiecka z r. 1874 oprócz kar wymierzonych za opilstwo przewidywała dla osób, które wskutek pijaństwa lub próżniactwa wpadały w nędzę, wymagającą pomocy społecznej, karę aresztu do 6-ciu tygodni, ponadto umieszczanie w domach pracy lub zatrudnianie przy robotach publicznych na okres czasu do 2-ch lat.

Badeńska ustawa z r. 1881, prócz kary grzywny za zjawienie się w stanie opilstwa w miejscu publicznym, przewidywała specjalną karę grzywny i aresztu za stan opilstwa podczas pracy, wymagającej szczególnej ostrożności.

W Stanach Zjednoczonych Am. Półn. w r. 1851 była wydana pierwsza ustawa prohibicyjna, na mocy której zabroniono wyrobu, sprzedaży i przywożenia napojów spirytusowych, z wyjątkiem zaspokojania potrzeb dla celów naukowych, religijnych i społecznych Podlegał więc karze nie tylko każdy zatrzymany w stanie opilstwa, lecz i osoby, dostarczające alkoholu lub udzielające pomocy w tym kierunku oraz gospodarze lokalu, gdzie pijaństwo się odbywało. Ustawa ta jednak zawiodła i nie dała wyników, jakich się spodziewano, odwrotnie przyczyniła się do demoralizacji szerokich mas społeczeństwa (potajemna produkcja i konsumcja alkoholu, wzrost oszustwa, przekupstwa, nadużyć itp.) i w rezultacie została odwołana.

W Polsce do niedawna kodeksy karne państw zaborczych zbyt łagodnie karały przestępców za czyny popełnione pod wpływem nadużycia alkoholu. Obecnie zaś, obowiązujący od r. 1932 na całym obszarze Państwa Polskiego kodeks karny zawiera bardzo ważkie w tym względzie przepisy, a mianowicie: że człowiek nie obarczony psychozą, który świadomie wprowadza do swego organizmu alkohol i pod wpływem nadużycia go popełnia przestępstwo, nie będzie mógł liczyć na demoralizującą w takich wypadkach pobłażliwość prawa, a jedynie osoby, u których alkoholizm chroniczny wywarł już pewne zaburzenia psychiczne, powodując trwałe zwichnięcie ich stanu równowagi duchowej, mogą liczyć na pewne złagodzenie kary.

Art. 82 k. k. przewiduje możność wydania zarządzenia przed sąd, by sprawca, po ewentualnym odbyciu wymierzonej kary, umieszczony został w odpowiednim zakładzie leczniczym na przeciąg 2 lat; niestety, z powodu braku odpowiednich rozporządzeń, nie jest to jeszcze stosowane w praktyce. Jedynie projektowana specjalna ustawa psychiatryczna, jak również obowiązujące dziś ustawy zaborcze, dopuszczają możliwość umieszczania w zakładzie psychiatrycznym nałogowych alkoholików, mimo, lub wbrew ich woli, jeżeli interes chorego i interes publiczny tego wymaga.

Autor stwierdza, że „utworzenie odrębnego zakładu leczniczego dla alkoholików z wyroku sądowego w celu ich leczenia miałoby doniosłe i bardzo poważne znaczenie, gdyż współczesna nauka psychiatryczna wykazała kolosalne postępy, 35% bowiem chorych psychicznie alkoholików dzięki nowoczesnym zabiegom lekarskim powraca do zdrowia“.

Obok klinik uniwersyteckich i zakładów psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych szpitali publicznych, które leczą część alkoholików, posiadamy również specjalne sanatoria, jak np. dla mężczyzn w Świacku, dla kobiet — w Gościejewie, dla narkomanów — w Kościanie, i dla alkoholików — w Tarnowskich Górach (prowadzony nie przez lekarzy). Utarło się zdanie, że leczenie alkoholików jest syzyfową pracą, kosztującą masę pieniędzy, a nie dającą widoków powodzenia, tymczasem na Zachodzie, gdzie lecznictwo jest dobrze zorganizowane, statystyka stwierdza ciągle większy procent wyleczeń alkoholików. Zapewne, że leczenie alkoholików w specjalnych zakładach jest bardzo kosztowne, bo długotrwałe, lecz przecież obecnie tak jak w zakresie walki

z gruźlicą, tak i w walce z alkoholizmem kieruje się do zakładów tylko pewne wypadki ciężkie, w których okres głodu alkoholowego wymaga izolowania pacjenta. Większość zaś alkoholików nadaje się do leczenia ambulatoryjnego, które jest znacznie tańsze, a ma wszelkie zalety, aby je postawić nawet wyżej niż zakładowe, a to ze względu na to, że chorzy, nie odrywając się od zwykłych zajęć, wytwarzają w sobie odporność na pokusy, jakie ich otaczają przez całe życie. Ambulatoria takie czy poradnie dla alkoholików mają wielkie pole do działania, trzeba tylko, by duszą takiej poradni był lekarz, którego by sprawy walki z alkoholizmem szczególniej obchodziły. W ogóle lekarze powinni być sprężyną walki z alkoholizmem, właśnie „świat lekarski ma obowiązek zająć stanowisko niedwuznaczne w tej sprawie i powinien głośno stwierdzić, że alkohol należy do kategorii najniebezpieczniejszych trucizn przy wprowadzaniu go do wewnątrz". „Niestety udział lekarzy w walce z alkoholizmem dotychczas był tak nieznaczny, że rzuca się to w oczy każdemu, kto chociaż pobieżnie styka się z tym zagadnieniem". Aby wpłynąć na zmianę stosunków u nas pod tym względem, już przed 10 laty założony został Związek lekarzy abstynentów, którzy słusznie uznając alkohol za wroga ludzkości, nie mniej straszny, niż kiła i gruźlica, opracowali metody i sposoby walki z alkoholizmem przeważnie za pomocą odpowiedniej propagandy i leczenia alkoholików.

Wysoce doniosłe znaczenie ma w walce z alkoholizmem propaganda i to propaganda umiejętnie prowadzona, w szczególności przez lekarzy. Koordynacja wspólnych wysiłków państwa i społeczeństwa celem organizacji walki z alkoholizmem stanowi palącą potrzebę. Dotychczas nie posiadamy, niestety, radykalnego środka przeciwalkoholowego, poza wolną wolą człowieka, należy więc przeto, zdaniem autora, przede wszystkim zwrócić główną uwagę w kierunku wychowania społeczeństwa przez uświadamianie i zapobieganie szerzeniu się alkoholizmu przez złe, a szkodliwe zwyczaje i przyzwyczajenia. Uświadamianie to trzeba rozpocząć przede wszystkim od dzieci i młodzieży. Jest zatem rzeczą konieczną, aby szkoła dawała dzieciom najważniejsze podstawy z dziedziny alkohologii, aby te młode serca i młode wrażliwe umysły za wczasu na trzeźwe drogi rozumowania wprowadzić. Pomagać w tym powinni i rodzice i w ogóle starsi ludzie, mający wpływ pośredni lub bezpośredni na wychowanie młodzieży.

Anastazja Downarowiczowa
Absolwentka Uniw. Szkoły Pielęgniarstwa w Krakowie

Wytyczne pracy pielęgniarki społecznej

Przychodnia dla matki i dziecka

(Ciąg dalszy)

Szczepienia

Szczepienia ospy

Przybory

Na tacy:
osposzczepy,
lampka spirytusowa, zapałki,
waciki w słoiczku,
buteleczka z jodbenzyną, alkoholem lub eterem,
miseczka nerkowata,
ampułka z krowianką (opatrzona nalepką z datą ważności),
karta szczepień.

Postępowanie

Szczepień dokonuje się masowo w oznaczonym dniu.

Pielęgniarka siada przy stoliku, poleca matkom rozebrać niemowlęta do połowy, ustawić się szeregiem.

Matka z dzieckiem na kolanach siada naprzeciw pielęgniarki. Pielęgniarka dezynfekuje skórę wysoko na ramieniu dziecka (w miejscu, które wypadnie tuż pod szwem koszulki), zapala lampkę, przepala osposzczep, otwiera ampułkę, stawia korek na tacy, nie infekując jego części wchodzącej w ampułkę, koniec osposzczepu macza w płynie. Prosi matkę, aby mocno trzymała dziecko. Ujmuje ramię od spodu, naciągając skórę. Trzymając osposzczep prostopadle do ramienia, zdrapuje wierzchnią warstwę naskórka, wykonując dwa podłużne cięcia tuż obok siebie i trzy cięcia w poprzek. Cięcia długości od 3—5 mm. Płaską stroną ostrza wciera lekko krowiankę, następnie kilka razy naciąga i zwalnia skórę, która zaczyna lekko krwawić. Odrzuca osposzczep.

Matka nie ubiera dziecka przed upływem 15—20 minut, aż ranka podeschnie.

Ospa przyjmuje się po pięciu dniach. O ile reakcja objawia się tylko zaczerwienieniem, można dziecko kąpać. O ile występuje znaczne obrzmienie, strup, ropienie, dziecka kąpać nie należy. Rączkę obrzmiałą i zaczerwienioną posypywać talkiem, lepiej nie obwiązywać. W razie znacznego zaczerwienienia i obrzęku — okład z wody Burowa (ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“ *) str. 31). Matka przychodzi z dzieckiem po świadectwo szczepienia po dwóch tygodniach. O ile ospa się nie przyjęła, szczepić należy ponownie, i następnie po dwóch tygodniach po raz trzeci, o ile znowu się nie przyjmie — matka dostaje świadectwo szczepienia z wynikiem ujemnym, dziecko powinno być szczepione po pół roku i w razie znowu ujemnego wyniku być stale w obserwacji.

Szczepienia przeciwbłonicze

Przybory

Jak do zastrzyku podskórnego (ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“, str. 42),
strzykawka 5—10 gramowa, znaczna ilość igieł,
anatoksyna przeciwbłonicza,
karta szczepień.

Szczepień dokonują lekarze, przy wielkich ilościach dzieci, nabierają pełną strzykawkę, zmieniają tylko igły. Szczepienie dwurazowe; pierwsze — tegoż dnia co szczepienie ospy, następne po dwu tygodniach kiedy matka przynosi dziecko do sprawdzenia, czy się ospa przyjęła.

Naświetlania lampą kwarcową

Przygotować na stoliku: termometr, notes do zapisywania, ołówek, centymentr, kilka par okularów, mniejszych dla dzieci. większych dla matek, alkohol, miseczkę nerkowatą, zapas bibułek.

Kanapkę pokryć prześcieradłem. Wywietrzyć pokój. Część pokoju, w którym stoi lampa i kanapka oddzielić parawanem.

Matki czekają w poczekalni wspólnej, lub w samym pokoju do naświetlań za parawanem. Każdemu dziecku zmierzyć temperaturę, w razie jej podwyższenia — lamp nie stosować, chyba na wyraźne zlecenie lekarza. Również nie naświetlać dzieci zakatarzonych, przeziębionych. Matki rozbierają dzieci za parawanem, kładąc odzież na półce z przegródkami lub jak w poczekalni. Następnie kładą dzieci (można po dwoje, w niektórych przychodniach, gdzie są duże lampy i więcej) na kanapce przy-

---

*) **Zabiegi Pielęgniarskie** pod red. T. Kulczyńskiej i H. Chrzanowskiej, wyd. II, Kraków 1938. Skł. gł. Adm. „Pielęgniarki Polskiej“, Kraków, św. Tomasza 37.

Schematy naświetlania lampą kwarcową

A — Naświetlanie zapobiegawcze w chorobie angielskiej

Dnia	czas	odległ.	2 × 3 tygodn.
1	3 min.	100 ctm.	
2	4	95	
3	5	90	
4	6	85	
5	7	80	
6	8	75	
7	9	70	
8	10	65	
9	11	60	
10	12	60	
11	13	60	
12	14	60	
13	15	60	
14	16	60	
15	17	60	
16	18	60	
17	19	60	
18	20	60	
19	21	60	
20	22	60	Można zakończyć naświetlanie
			Naświetlanie 2 × tygodniowo

B — Naświetlanie lecznicze w chorobie angielskiej

Dnia	czas	odległ.	co dzień
1	4	100 ctm.	
2	6	95	
3	8	90	
4	10	85	Gdy zjawia się zaczerwienienie skóry stosujemy kilkodniową przerwę; dalsze naświetlania zaczyna się od pierwszego dozowania doprowadzając do 30 seansów.
5	12	80	
6	14	75	
7	16	70	
8	18	65	
9	20	60	
10	22	60	
11	24	60	
12	26	60	
13	28	60	
14	30	60	
15	30	60	
16	30	60	
17	30	60	
18	30	60	
19	30	60	
20	30	60	
21	30	60	
22	30	60	
23	30	60	
24	30	60	
25	30	60	
26	30	60	
27	30	60	
28	30	60	
29	30	60	
30	30	60	Naświetlanie codziennie

C — Naświetlanie lecznicze przy gruźlicy. Typ śmiały

Dnia	czas	odległ.	3 × tygodn.
1	6 min.	100 ctm.	
2	8	95	
3	10	90	
4	12	85	
5	14	80	
6	16	75	
7	18	70	
8	20	65	
9	22	60	
10	24	60	
11	26	60	
12	28	60	
13	30	60	
14	30	60	
15	30	60	
16	30	60	
17	30	60	
18	30	60	
19	30	60	
20	30	60	
			Przerwa dwutygodniowa. Dalsze naświetlanie zaczyna się od pierwszego.

W razie zaczerwienienia skóry zrobić kilkodniową przerwę; dalsze naświetlania zacząć od pierwszego.

D — Naświetlanie zapobiegawcze przy gruźlicy. Typ ostrożny

Dnia	czas	odległ.	3 × tygdn.
1	4 min.	100 ctm.	
2	6	95	
3	8	90	
4	10	85	
5	12	80	
6	14	75	
7	16	70	
8	18	65	
9	20	60	
10	22	60	
11	24	60	
12	26	60	
13	28	60	
14	30	60	
15	30	60	
16	30	60	
17	30	60	
18	30	60	
19	30	60	
20	30	60	
21	30	60	
22	30	60	
23	30	60	
24	30	60	
25	30	60	
26	30	60	
27	30	60	
28	30	60	
29	30	60	
30	30	60	

Naświetlanie ogólne może być połączone z naświetlaniem miejscowym Przy gruźliczym zapaleniu opon brzusznych, naprz. po naświetlaniu ogólnym, przykryć całe ciało oprócz brzucha i naświetlać w dalszym ciągu odkrytą część ciała o 3 min. dłużej: Gdy ognisko naświetla się Rentgenem, w przerwach można robić naświetlania lampą kwarcową.

krytej bibułką. Zarówno matki, asystujące przy naświetlaniu, jak dzieci i pielęgniarka noszą okulary, które za każdym razem pielęgniarka wyciera alkoholem — dzieciom można kłaść okulary na pasmo bibułki. Pielęgniarka zwraca uwagę na

odległość od lampy i

czas naświetlania.

Każdorazowo odmierza centymetrem odległość od palnika do powierzchni ciała dziecka, nigdy nie mierząc „na oko". Nastawia zegar, dzwoniący po upływie czasu naświetlania, w jego braku notuje: nazwisko dziecka i godzinę z minutami początku naświetlania i dokładnie pilnuje chwili, w której należy skończyć naświetlanie. Zapisuje na osobnej karcie. Po naświetlaniu dziecko, zwłaszcza w mrozy, powinno czas jakiś zostać jeszcze w przychodni.

HIGIENA SZKOLNA

Uwagi wstępne

Pielęgniarka, rozpoczynając pracę, zanim przystąpi do codziennych obowiązków, powinna zorientować się

ile szkół ma sobie powierzonych, ile w tych szkołach jest dzieci,

zapoznać się z kierownictwem szkoły i z lekarzem szkolnym,

zwiedzić dokładnie budynki szkolne,

zorientować się w możliwościach lokalowych i finansowych szkoły i zależnie od tego ustalić, co dana szkoła może jej dać: (apteczka, przybory kancelaryjne) ewentualnie dokąd się należy zwracać po odpowiednie fundusze (n. p. w miastach — do wydziałów zdrowia, na wsiach — do gmin) oraz jakim lokalem może w szkole rozporządzać,

ustalić zakres pracy z lekarzem szkolnym (ewent. i powiatowym), albo ze zwierzchniczką-pielęgniarką, (n. p. instruktorką wojewódzką) oraz kierownictwem szkół. Jeżeli porozumienie się z kierownictwem wszystkich szkół jest nie do przeprowadzenia ze względu na zbyt wielką ich liczbę, pielęgniarka ustaliwszy z władzą zwierzchnią zakres obowiązków, prosi tę ostatnią o zawiedomienie o nim kierownictwa szkół.

Szczegółowy plan pracy

Znając w zarysach zakres swoich obowiązków i możliwości, pielęgniarka za wczasu robi plan pracy na cały rok. Nie powinna brać na siebie od razu zbyt wiele czynności, a więc ograniczy się, poza pomocą lekarzowi, do walki z brudem i wszawicą, udzielania pomocy w nagłych wypadkach. W miarę wyłaniających się w toku prac możliwości, pielęgniarka plan ten rozszerza, podejmując dalsze obowiązki, jak kontrolę odżywiania dzieci, prowadzenie Kół Czerwonego Krzyża i t. d. Plan powinien być tak opracowany, aby kierownik(czka) szkoły wiedział o dniach i godzinach pobytu pielęgniarki w szkole. Pielęgniarka powinna wiedzieć, podczas jakich lekcyj wolno jej wchodzić do klas dla porozumienia się z dziećmi, tak, aby jak najmniej przerywać tok nauczania. Będą to zazwyczaj lekcje gimnastyki, gotowania, pracowni przyrodniczej; niektóre godziny powinny być przydzielone pielęgniarce całkowicie na dokonywanie przeglądu czystości, badania wzroku i t. d. Pielęgniarce ułatwi tu orientację graficzne barwne przedstawienie planu lekcji w całej szkole, rysunek taki powinna sobie sporządzić na początku roku i, otrzymawszy rozkład godzin od kierownika, zawiesić rozkład w swoim pokoju pracy. (Ob. Pielęgniarka nr I. 39, str. 21).

Gabinet lekarski

W każdej szkole powinien być dla pracy lekarza i pielęgniarki przeznaczony pokój, w którym odbywają się badania lekarskie oraz prace pielęgniarki. O ile żaden pokój na ten cel nie może być przeznaczony, pielęgniarka powinna w każdym razie czy to

w sali konferencyjnej, czy w gabinecie przyrodniczym i t. p. mieć stół z zamykaną szufladą, przybory kancelaryjne i t. p., oraz szafkę, zawierającą apteczkę szkolną. Tu odbywać się będą badania lekarskie.

Urządzenie pokoju powinno być jak najprostsze. Ściany jasno malowane. Na ścianach kolorowe obrazki propagandowe, Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża.

Umeblowanie, najprostsze, biało lakierowane:

stół z szufladą zamykaną na klucz,

kiłka krzeseł,

taboret,

kanapka (może być drewniana, przykryta kocem i prześcieradłem),

waga i miara,

szafka na karty i przybory kancelaryjne, bieliznę,

wieszak,

kosz na śmieci,

umywalnia do mycia rąk dla lekarza i pielęgniarki (o ile nie ma w pokoju bieżącej wody, — umywalnia z miednicą, dzbanek, wiadro), prócz tego wieszak na ręcznik, mydelniczka,

apteczka *),

taka sama umywalnia dla dzieci.

Prócz tego:

lusterko,

tablica do badania wzroku,

4 — 6 ręczników,

2 fartuchy pielęgniarskie,

2 fartuchy lekarskie,

zapas mydła,

zeszyty i inne przybory kancelaryjne.

Pielęgniarka omawia z kierownictwem kwestię prania — czy będzie ręczniki i fartuchy prała woźna, czy pranie będzie się odbywało poza szkołą oraz koszta z tym związane.

PRACA WEWNĘTRZNA W SZKOLE

Pomoc przy badaniach

Badania wstępne na początku roku

Badania te powinny być dokonane w przeciągu kilku dni po rozpoczęciu roku szkolnego. Mają na celu wykrycie:

wszelkich zmian na skórze (świerzb, liszaje, wysypki, łuszczenia po chorobach zakaźnych),

wszawicy,

jaglicy,

sprawdzenie, czy dzieci mają zaszczepioną ospę,

sprawdzenie zeszłorocznych zwolnień od ćwiczeń fizycznych.

Do tych badań pielęgniarka zabiera do klasy:

brulion,

zeszyt i ołówek,

druki — skierowania do lekarzy, ewent. ośrodków, ambulatoriów,

pouczenia co do wszawicy (druki),

---

*) Zostanie omówiona osobno.

kartę klasową, na której wpisuje wszystkie nowe dzieci (dla klasy pierwszej wypisuje za wczasu wszystkie dzieci).

W klasie przygotowana umywalnia j. w. (można przenieść umywalnię z gabinetu lekarskiego), stół i krzesło dla lekarza.

Pielęgniarka poleca rozbierać się jednocześnie, do pasa, dzieciom z trzech ławek, nie więcej, aby nie ziębły, zaraz po badaniu dzieci się ubierają. Pielęgniarka — zazwyczaj wraz z nauczycielem(ką) pomaga młodszym dzieciom. Dzieci kolejno podchodzą do lekarza.

Każde dziecko podejrzane o chorobę zakaźną odesłane jest zaraz do domu, lekarz zawiadamia o tym władze sanitarne, zależnie od obowiązujących na danym terenie przepisów.

Dziecko zawszone — odesłane do domu z odpowiednim pouczeniem.

Dziecko z jaglicą — odesłane do domu i skierowane do ośrodka, ambulatorium itd.

Zazwyczaj lekarz powierza pielęgniarce oględziny skóry, przy czym sprawdza ona, czy dziecko było szczepione i potem dba o to, aby dziecku zaszczepić ospę w ciągu miesiąca, nie szczepione zapisuje. Pielęgniarka wskazuje lekarzowi dzieci, zwolnione od ćwiczeń gimnastycznych zeszłego roku, celem rozstrzygnięcia, czy dane dziecko może teraz brać w nich udział, jeżeli nie, lekarz pisze świadectwo.

Badania indywidualne

Zazwyczaj badaniu podlegają wszystkie dzieci szkolne trzykrotnie podczas pobytu w szkole: w klasie I, IV, VII. Badania ten mają na celu sprawdzanie rozwoju dziecka i zapobieganie wadom rozwojowym i schorzeniom (wady wzroku, słuchu, krzywica, płaskie stopy, skrzywienie kręgosłupa, wychudnięcie, adenoidy, powiększenie gruczołów itd). Badania dzieci w klasie VII mają również na celu pomoc przy obraniu zawodu.

Badania indywidualne rozpoczynają się zaraz po badaniach wstępnych. Pielęgniarka, wiedząc jaki dzień w tygodniu i ile godzin lekarz na nie przeznacza, orientuje się na podstawie kalendarza odliczając święta i wakacje, ile dzieci ma za każdym razem przedstawić lekrzowi tak, aby badania mogły być ukończone pod koniec roku szkolnego.

Rodzice powinni być obecni przy badaniach, pielęgniarka zawiadamia ich, na kilka dni naprzód rozdając kartki dzieciom, w starszych klasach wystarczy zapowiedź ustna.

Wypisać listę dzieci do badania i w razie trudności napotykanych w klasach, dać ją do podpisania kierownikowi(czce).

W miarę przychodzenia rodziców, wywoływać dzieci z klasy po pięcioro, 10-cioro, zważyć, zmierzyć (ob. „Pielęgniarka" nr 4, 1938). Jest pożądane, aby dzieci przedstawiane lekarzowi miały już uprzednio zbadany wzrok i słuch.

Przybory

termometr,
szpatułki do badania gardła,
alkohol,
centymetr,
słuchawka,
karty dzieci,
druki skierowań,

Pomoc pielęgniarki przy badaniach polega na zapisywaniu uwag lekarza na kartach dzieci, wypisywaniu druków skierowań, przy tym pielęgniarka notuje dla siebie te dzieci, które zasługują na szczególną opiekę (wątłe, z wadami rozwoju).

Zapisać, które dzieci, przeznaczone do badania, były nieobecne, tak, aby je przeznaczyć na raz następny.

Badania przygodne

Badania te obejmują dzieci, które się same zgłaszają do pielęgniarki z jakimiś dolegliwościami, albo skierowane przez matkę, nauczycielkę, wreszcie samą pielęgniarkę. Ta ostatnia kieruje do badania dzieci szczególniej wątłe, te które powróciły do szkoły po dłuższej chorobie, te, które przynoszą świadectwa lekarskie od lekarzy domowych zwalniające od gimnastyki, a które musi zatwierdzić lekarz szkolny.

Pielęgniarka prowadzi listę dzieci zwolnionych, pilnując daty, do której ważne jest zwolnienie, i wtedy ponownie przedstawia dziecko lekarzowi. — Wzór listy:

Imię i nazwisko	Klasa	powód	jak długo

Zgłoszenia samych dzieci przyjmować z krytycyzmem, ale bez bagatelizowania. Dziewczynki zwłaszcza wmawiają sobie różne choroby, wiadomości o nich pielęgniarka powinna przyjmować życzliwie, postarać się o porozmawianie z matką. Chłopcy raczej lubią „naciągać" pielęgniarkę, chcąc uciec z lekcji. Zwłaszcza w okresie rozwojowym należy dzieciom okazywać dużo wyrozumiałości.

Badania na kolonie

Pielęgniarka postępuje zależnie od tego, jakimi koloniami szkoła rozporządza, jakie są możliwości, czy szkoła posiada kolonie (półkolonie) własne, czy można wysłać dzieci na kolonie miejskie, Ubezpieczalni Społecznej, czy inne. Pielęgniarka za wczasu musi się w tym orientować i zebrać informacje o badaniach kwalifikujących na kolonie, o formalnościach przyjęcia, o opłatach i zwolnieniach od opłat, o wyprawce.

Pielęgniarka powinna również zapoznać się z przepisami dotyczącymi kolonii (w mieście, województwie). Zebrawszy te wszystkie dane, za wczasu zawiadamia matki, na jakie badania lekarskie mają się stawić oraz przedstawia dzieci do badania lekarzowi szkolnemu, stosując metody, jak wyżej.

Badania wzroku i słuchu

Zazwyczaj lekarz powierza je pielęgniarce. Badania te, zależnie od możliwości, odbywać się mogą w gabinecie lekarskim, w klasach lub poza szkołą w ośrodku zdrowia. Wyniki badań pielęgniarka zawsze zapisuje na kartach zdrowia dzieci.

Badania wzroku

Przybory:
zeszyt, ołówek,
tablica do badania wzroku,
trzcinka,
kreda.

Należy obrać do badania wzroku całej klasy dzień pogodny. Tablica do badania wzroku wisi na ścianie naprzeciw okna, o ile w klasie są okna na przestrzał, należy tablicę powiesić na ścianie bez okien. Dzieci odmierzają centymetrem 5 m. na podłodze i kreślą na niej kredą grubą kreskę.

Do badania wzroku służy tablica próbna, której znaki oko normalne czyta z określonej odległości. Odległość ta (D) jest oznaczona przy każdym wierszu. Siła widzenia (V) jest w stosunku prostym do odległości, z której oko rozpoznaje znaki, chcąc więc oko badane porównać do prawidłowego, układamy stosunek $V : 1 = d : D$, stąd

D=50.

B

D=30.

D E

D=20.

T B R

D=15.

F E B D

D=10.

E T L F N

D=7

P Z E D B C

D=5.

O L T Z B D N

Tablica próbna

wzór na siłę wzroku V = d/D, przy czym „d" oznacza tu odległość dziecka badanego od tablicy. Siłę widzenia oznaczamy za pomocą ułamka, w liczniku pisząc liczbę, oznaczającą odległość oka od tablicy, a w mianowniku liczbę odpowiadającą odległości, z której oko prawidłowe powinno czytać najmniejszy druk, rozpoznawany przez osobę badaną *).

Jeżeli dziecko odczyta na tablicy, od której oddalone jest o 5 m. tylko górną literę, to jego siła widzenia wynosi 5/50. Jeżeli odczyta dolną linijkę, to jego siła widzenia wynosi 5/5 i jest prawidłowa.

Pielęgniarka zaczyna badanie od dolnych linijek, a więc od liter najmniejszych. Jeżeli linijką dobrze przeczytaną jest dopiero linijka czwarta od dołu, a więc jeżeli siła widzenia wynosi 5/15, dziecko widzi źle.

---

*) Por. Dr. J. Matusewiczówna: Choroby oczu i wady wzroku w wieku szkolnym. Higiena szkolna pod redakcją Dr. Stanisława Kopczyńskiego. Warszawa. 1933

Pielęgniarka przed rozpoczęciem badania wygłasza krótką pogadankę o ważności badania wzroku. Poucza dzieci, że w klasie panować musi cisza, że nie wolno podpowiadać. Poleca dzieciom przećwiczyć zasłanianie lewego, potem prawego oka bez naciskania gałki ocznej palcami, ale przesłaniając oko dłonią. Następnie wywołuje dzieci pojedynczo w kolejności ławek. Dziecko staje na kredowej kresce. Pielęgniarka trzcinką wskazuje litery.

Badanie słuchu

Pielęgniarka wywołuje dzieci z ławek, jak przy badaniu wzroku. Dziecko, stojąc w odległości 5 m. od pielęgniarki, odwraca się plecami, przyciska dłoń do prawego ucha i powtarza za pielęgniarką dwie, trzy cyfry, wymówione przez nią sciszonym głosem; to samo z lewym uchem.

Słuch może pielęgniarka zbadać dziecku zaraz po zbadaniu wzroku.

Zarówno dzieci, które źle widzą (zanim dostaną okulary), jak i te, które źle słyszą, powinny być przesadzone do pierwszych ławek zaraz po skonstatowaniu tych wad. Pielęgniarka kieruje je o ile możności do specjalisty. Troską jej będzie dopilnowanie noszenia przepisanych okularów, które kupuje się zależnie od możliwości (ubezpieczalnie, fundusz komitetu rodzicielskiego, i t. d. imprezy i t. d.).

Apteczka szkolna

W gabinecie lekarskim, a w jego braku w sali gimnastycznej, lub w widocznym miejscu na korytarzu powinno wisieć ogłoszenie objaśniające, w jakich godzinach odbywają się opatrunki (podczas długiej przerwy), kto ma kluczyk do apteczki, tak, aby dzieci wiedziały, do kogo się mają zwrócić w razie potrzeby. Pielęgniarka kluczyk do apteczki powierza komuś z nauczycieli.

Apteczka mieści się w niewielkiej szafce znajdującej się w gabinecie lekarskim, w jego braku np. w gabinecie nauczycielskim.

Pielęgniarka rzadko bywająca w szkole, powierza komuś z nauczycieli również i drobne opatrunki, w dniu, w którym jest w szkole, wykonuje je zawsze sama. Przy apteczce mogą dyżurować dzieci ze starszych klas, zwłaszcza tam, gdzie istnieje Czerwony Krzyż Młodzieży. Dzieciom nie wolno decydować oczywiście np. o tym, jaką maść mają zastosować, natomiast mogą same obmywać, jodynować drobne skaleczenia, bandażować. Ponadto powinny pomagać przy przygotowaniu materiału opatrunkowego, a więc cięciu gazy, bandaży, dziewczynki powinny obdziergiwać bandaże.

Lekami, znajdującymi się w apteczce pielęgniarka posługuje się w porozumieniu z lekarzem szkolnym, omówiwszy z nim, jak w danym wypadku ma postąpić.

Skład apteczki zależy od funduszów, którymi się rozporządza. Pielęgniarka powinna dążyć wszelkimi siłami do należytego jej skompletowania.

Fundusze na apteczkę czerpie szkoła zależnie od okoliczności z gmin, zarządów miejskich, komitetów rodzicielskich, imprez i t. d. Można ustalić, w porozumieniu z kierownictwem, kilku lub kilkunastogroszową opłatę za opatrunki na dochód apteczki, jednak tylko tam, gdzie rodzice rzeczywiście mogą płacić, pierwszy opatrunek w nagłym wypadku powinien być jednak zawsze bezpłatny. O ile ustalona jest opłata, należy wykaz dochodów prowadzić bardzo dokładnie, posługując się kwitariuszami.

Skład apteczki

Alkohol 45%,
jodyna,
krople walerianowe,
krople Inoziemcowa,
amoniak (do wąchania w razie omdleń),

woda wapienna i olej lniany,
woda utleniona,
benzyna,
octan glinowy,
nadmanganian potasu;
maści: borna, wazelina, cynkowa, szara, precipitatowa, ksyolowa,
pałeczki lapisu;
materiał opatrunkowy: gaza cięta z metra, sterylizowana, gdy to niemożliwe — wyprasowana, w puszce,
wata biała,
wata szara,
lignina,
bandaże kalikotowe cięte z metra, długości 1-metrowej i 3-metrowej, szerokości 2, 5, 10 cm. (sparzyć w wodzie, po wysuszeniu ciąć wzdłuż nitki, obdziergać — bandaże obdziergane są trwałe, dadzą się prać bez strzępienia),
ceratki,
przylepiec,
nożyczki,
pęseta,
termometr,
zakraplacz,
pałeczki do oczu,
wykałaczki,
szpatułki,
sterylizatorek (może być garnek metalowy),
miseczka nerkowata,
szklanka,
szlaneczka do lekarstw.
Wszelkie słoiczki i flaszki zaopatrzone etykietami podpisanymi, szczelnie zamknięte.

(C. d. n.).

Niewidomi w Polsce

(Streszczenie artykułu dr Jadwigi Rotter-Musiałowej: Zagadnienie niewidomych w Polsce, Przegląd Trachomatologii i okulistyki społecznej, Nr 4—5, 1938).

Początek racjonalnej organizacji opieki nad niewidomymi przypada na koniec XV wieku, kiedy w Paryżu W. Haüy założył pierwszą na świecie szkołę dla niewidomych. Zaczyna rozpowszechniać się pogląd o obowiązku organizacji pomocy dla niewidomych nie jako jałmużny, ale stworzenia możności uczynienia z nich pożytecznych członków społeczeństwa. Jednocześnie przedmiotem troski społeczników staje się sprawa zapobiegania ślepocie.

Celowe rozwiązanie zagadnienia niewidomych wymaga ścisłego współdziałania państwa, społeczeństwa, rodziny, a wreszcie samego niewidomego.

Rys historyczny rozwoju opieki nad niewidomym

Już przed szeregiem tysięcy lat starożytne narody rozwijały na swój sposób opiekę nad niewidomym. O zarania chrystianizmu zaczynają zwolna powstawać przytułki, ale obejmują tylko drobny odsetek kalek, a działalność swą ograniczają do jałmużny. Jednak w IV wieku pojawiły się próby tworzenia specjalnych zakładów, z których jeden założył św. Bazyli w Cezarei, potem powstały inne w VII w. w Jerozolimie i Kairze, a w X w., z inicjatywy św. Bernarda we Francji. W XI w. miał Wilhelm - Zdobywca zorganizować szereg zakładów w różnych miastach Francji, w XIII wieku św. Ludwik założył taki zakład w Paryżu.

Ale cała opieka w tamtych czasach ogranicza się do ułatwienia niewidomym żebraniny, chronionej nakazami religijnymi i prawnymi. Zwrot rozpoczyna dopiero wspomniana pierwsza szkoła dla niewidomych, utworzona w 1784 r. przez W. Haüy. Już w kilka lat później przykład ten naśladuje szereg miast europejskich, w 1842 roku powstaje pierwszy w Polsce instytut w Warszawie.

Z historii okulistyki polskiej nie wiele możemy zaczerpnąć szczegółów, które by nam zobrazowały rozwój opieki nad niewidomym w Polsce. Ograniczała się ona niewątpliwie, podobnie jak i gdzie indziej, do przytułków, a koncentrowała się przy zakonach.

Zdobycze Haüy'a, które tak głośnym echem odbiły się w świecie, przypadają w Polsce na okres rozbiorów, ale nawet w najcięższych warunkach myśl polska pamięta o nieszczęśliwych i wkrótce powstaje szereg zakładów dla ociemniałych i rozszerza się zakres opieki społecznej nad niewidomym przez organizację szeregu towarzystw, opiekujących się ofiarami wojny i resztą niewidomego społeczeństwa. Specjalne ustawy z 1921 i 1923 r. regulują sprawę zaopatrzenia inwalidów wojennych, zatem i ociemniałych oraz konkretyzują ogólne wytyczne opieki socjalnej nad niewidomym, a dekret Prezydenta z 1928 r. normuje szczegółowo sprawę zwalczania jaglicy.

Dorobek nasz w dziedzinie opieki nad niewidomym jest jeszcze bardzo niewystarczający, gdyż zaledwie drobny odsetek dzieci niewidomych może znaleźć odpowiednie pomieszczenie i naukę.

Statystyka

Ilość niewidomych na całej kuli ziemskiej waha się według różnych obliczeń od 2,400.000 do 6,000.000. Odsetek ślepych w poszczególnych krajach waha się dość znacznie. Podczas gdy np. w Palestynie wynosi on 16%, to w Belgii nie przekracza 0.35%. W Polsce w 1921 odsetek ten obliczono na 0.64, tak, że wobec ogólnej ilości mieszkańców 33,823.000 (z 1936), można określić liczbę niewidomych w Polsce na 21.646, a liczbę niewidomych w wieku szkolnym, stanowiącą przeciętnie 14% ogólnej liczby ślepych, podać można w przybliżeniu na około 3.030. Jeżeli chodzi o rozmieszczenie niewidomych w poszczególnych częściach kraju, to odsetek ślepoty wykazuje tylko nieznaczne różnice. Według przypuszczalnych obliczeń waha się od 0.45% w częściach zachodnich do 0.66% w częściach wschodnich. Liczba niewidomych na wsi jest w naszym kraju niemal trzykrotnie większa, niż w mieście, a podobne zjawisko obserwuje się w innych krajach. U mężczyzn jest większy odsetek niewidomych, aniżeli u kobiet.

Opieka nad dzieckiem niewidomym

Przygotowanie do życia niewidomej młodzieży stanowić musi punkt wyjścia wszystkich wysiłków organizacyjnych w dziedzinie opieki nad niewidomym, gdyż tylko wówczas cel ostateczny, tj. uzyskanie jednostki społecznie użytecznej, może być osiągnięty.

Na temat możliwości rozwojowych niewidomego dziecka odzywają się ciągle jeszcze w szerokich sferach społeczeństwa głosy skrajnego pesymizmu. Nie ulega jednak wątpliwości, że dziecko niewidome jest najczęściej istotą wyposażoną we wszystkie właściwości umysłowe i psychiczne takie same, jak dziecko widzące. Wprawdzie brak jednej z najważniejszych dróg do odbierania wrażeń, tj. wzroku, stwarza u dziecka znacznie cięższe warunki rozwoju, ale przy odpowiednim nakładzie pracy można tu osiągnąć daleko idącą społeczną samodzielność życiową.

Budowa psychiczna niewidomego kształtuje się odmiennie, niż u widzących. Szczególniej tyczy się to ślepych od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa. Na życie psychiczne takich niewidomych składają się wyłącznie wyobrażenia, uzyskane na drodze pozostałych czterech zmysłów, toteż tacy ludzie, którzy w latach późniejszych wzrok odzyskali (po zabiegu), nie rozpoznają z początku oglądanych przedmiotów, ponieważ wyobrażenia, jakie sobie o nich wyrobili poprzez inne zmysły, nie odpowiadają pełnej rzeczywistości. Umysł ich nie umie zużytkować odbieranych wrażeń wzrokowych i dopiero stopniowo, przez systematyczne ćwiczenie dochodzi do wprawy w optycznym pojmowaniu otoczenia. Budowa psychiczna dzieci, które straciły wzrok w latach późniejszych (po 4 roku życia), zbliża się w szczegółach tym bardziej do widzących, im dłużej dziecko ze wzroku korzystało. Cztery pozostałe zmysły muszą u niewidomych pracować skuteczniej i wszechstronniej, a że nie są u nich ostrzejsze, niż u widzących, przeto muszą być systematycznie ćwiczone i udoskonalane. Wówczas dopiero dadzą niewidomemu dziecku wiele dokładnych wrażeń, które do pewnego stopnia zastąpią ubytek wzroku, pouczą o przedmiotach i życiu otaczającego świata, a w przyszłości ułatwią pracę zawodową.

Wychowanie dziecka niewidomego nie może się zamknąć w ramach zwykłych wymagań obowiązujących w stosunku do dziecka widzącego, lecz we wszystkich szczegółach winno ono być dostosowane do zmienionych warunków. Niestety, obserwujemy z jednej strony w warstwach ludności wiejskiej i robotniczej zupełny brak zainteresowania niewidomym dzieckiem, a w sferach kulturalnie wyżej postawionych usuwanie, przez źle zrozumianą miłość, wszelkiego wysiłku ze strony niewidomego. I w ten i w tamten sposób wtrąca się dziecko w niedołęstwo. Dziecko niewidome powinno żyć w atmosferze, w której nie czułoby się pokrzywdzone i odepchnięte przez naturę, tylko wówczas nabierze pewności siebie i znajdzie radość życia i pogodę ducha. Równolegle z kształceniem woli, charakteru i osobowości, postępować musi rozbudowanie życia umysłowego przez rozbudzanie zainteresowań, ułatwianie poznania otaczającego świata i kształtowanie pojęć z zachowaniem wszelkich wskazówek wypływających ze swoistej struktury psychicznej.

Wypełniania tych zadań oczekiwać można od rodziców, trzeba ich jednak zapoznać ze wspomnianymi warunkami wychowywania. Na szeroką skalę rozwiązanie tego pro-

Alfabet Braille'a

blemu dać mogą tylko odpowiednio zorganizowane zakłady wychowawcze i kształcące (tak jak Laski). Mamy w Polsce tylko 7 zakładów uwzględniających specjalnie wiek szkolny dziecka niewidomego. Jest w nich miejsc łącznie 553 (r. 1935), a ilość dzieci niewidomych w Polsce w wieku szkolnym przyjąć trzeba w przybliżeniu na 3.030. Braki w organizacji zakładów specjalnych dla dzieci niewidomych w Polsce szczególnie jaskrawo uwydatniają się w zestawieniu z odpowiednią statystyką innych krajów w Europie i w Stanach Zjednoczonych: u nas kształci się 13% dzieci niewidomych, w St. Zjedn. 62%, w Belgii 74%. Co więcej, mimo znikomej ilości miejsc w szkołach i te nawet nie są całkowicie obsadzone, a zakłady walczyć muszą o zdobycie sobie wychowanków. Rodzice, nie rozumiejąc i nie widząc korzyści nauki, nie chcą na nią łożyć. Zaradzić mógłby temu przymus szkolny dla dzieci niewidomych, istniejący od dawna w wielu państwach europejskich, a u nas na obszarze b. zaboru niemieckiego. Jednocześnie z przymusem należy stworzyć odpowiednią ilość zakładów. Wysoka suma potrzebna dla kształcenia dziecka niewidomego (800 do 1.000 zł. rocznie) znalazłaby równoważnik w zarobkowaniu wykształconych niewidomych.

Zakłady dla niewidomych

1) Państwowy Instytut Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. Założony w 1817 przez ks. Falkowskiego, ale niewidomych zaczęto przyjmować dopiero w 1842 r. W r. 1935 wychował 41 niewidomych na ogólną ilość miejsc 70. Program nauczania obejmuje 7 lat. Z rzemiosł uwzględnione jest głównie szczotkarstwo i koszykarstwo. Jest to jedyny zakład państwowy.

2) Zakład Ciemnych we Lwowie otwarty w 1851 r. z fundacji Skrzyńskiego. Miejsc 60, w 1935 r. wychowanków było 50. Program szkolny obejmuje 7 lat. Prowadzony jest kurs organistowski, gry na fortepianie i skrzypcach. Z rzemiosł szczotkarstwo i koszykarstwo.

3) Wojewódzki Zakład dla Ociemniałych w Poznańskim, założony w 1853 r. przez poznańskie starostwo krajowe, przeniesiony w 1872 do Bydgoszczy. Utrzymywany jest przez samorząd. Miejsc 96 — wszystkie zajęte. Program obejmuje 7 klas ogólnych, oprócz muzyki obejmuje koszykarstwo, szczotkarstwo, wyplatanie krzeseł i prace iglicowe.

4) Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi otworzyło w Warszawie zakład w 1910 r. Założycielką jest Elżbieta Czacka. Zakład kształcił początkowo 6 dziewcząt mieszkających w internacie oraz kilku przychodnich. W 1912 zakład rozszerzono, ponadto powołano do życia patronat, mający za zadanie niesienie pomocy rodzinom niewidomych mieszkających w mieście. Stworzono przytułek dla staruszek. Założono biuro przepisywania książek dając zaczątek bibliotece Braille'owskiej. W r. 1918 powstało z inicjatywy Towarzystwa „Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebniczek Krzyża", powołanych specjalnie dla służby niewidomym. W r. 1921 Towarzystwo otrzymało 5-morgowy grunt w Laskach pod Warszawą, a z biegiem czasu przez darowiznę rozszerzono osiedle do 25 morgów. Po stopniowym zabudowaniu terenu, przeniesiono do Lasek przytułek staruszek, szkołę dziewcząt, a w r. 1926 także szkołę chłopców. W r. 1927 przy szkole chłopców stworzono zaczątek przedszkola. Zakład ma charakter prywatny. Szkoła liczy 7 oddziałów. Oboko nauczania ogólnego, uwzględniona jest muzyka, koszykarstwo, szczotkarstwo, plecenie mat, roboty sznurkowe i włóczkowe. — Zakład rozporządza 200 miejscami w szkole, przy czym w r. 1935 obsadzonych było 120.

5) Centralny Zakład dla dzieci niewidomych w Bojanowie zbudowany w 1926 r. z inicjatywy Róży Melcer, opiera się na programie 7-klasowej szkoły powszechnej. Dzieci kształcą się ponadto w muzyce i koszykarstwie. Zakład jest instytucją prywatną, nad którą czuwa Centralne Stowarzyszenie Opieki nad żydowską dziatwą w Polsce. Ilość miejsc 40, w r. 1935 wychowanków było 32.

6) Szkoła specjalna Nr 4 w Wilnie powstała w r. 1928 z inicjatywy Kuratorium Opieki nad Ociemniałymi. Program nauczania 7-klasowej szkoły powszechnej, ponadto muzyka i koszykarstwo. Zakład jest fundacją prywatną, szkoła dla dzieci państwowa. Na 65 miejsc w szkole w r. 1935 było obsadzonych 35. Obok dzieci zakład skupia także dorosłych, prowadząc warsztaty koszykarskie.

7) Szkoła specjalna Nr 39 dla dzieci niewidomych w Łodzi, założona w 1931 przez władze szkolne. Na jej całość składają się 2 odrębne instytucje, a mianowicie internat, utrzymywany przez władze komunalne i instytucje dobroczynne, oraz właściwa szkoła, utrzymywana przez Państwo. Program szkoły 7-klasowej powszechnej, muzyka i koszykarstwo. Miejsc 22 — w r. 1935 wychowanków 17.

Program i środki nauczania

Obecnie istnieje dążenie, by w szkołach dla niewidomych tak przekształcić program 7 klasowej szkoły powszechnej, by go jak najbardziej dostosować do specjalnych możliwości i potrzeb życiowych wychowanków. Tu przoduje szkoła wileńska i warszawska. Program opiera się na najnowszych badaniach nad psychiką dzieci anormalnych.

Pismo dla niewidomych

Sprawa pisma dla niewidomych przechodziła różne koleje, aż w r. 1825 Braille wprowadził system punktowy o kształtach ugrupowań przystosowanych doskonale do opuszki palców, łatwych do odczytania, a przy tym odpowiadających w zupełności psychologii ociemniałych. System ten przyjął się wkrótce na całym świecie i od dziesiątek lat stanowi w naszych szkołach podstawę nauki czytania i pisania.

Pismo Braille'a pozwala na porozumienie się niewidomych ze sobą, na indywidualne kształcenie się, odgradza ich jednak od świata widzących. Wypełnienie tej luki stanowi po części maszyna do pisania, w której klawisze znaczone są systemem Braille'a, a litery drukowane odpowiadają zwykłym znakom alfabetu. Niestety maszyna jest zbyt droga, by się mogła stać przedmiotem powszechnego użytku. O wiele trudniejszy problem przedstawia sprawa odczytywania pisma zwykłego przez niewidomych, ale i tu są robione usiłowania i próby, aby odwrotnie, jak w powyżej omówionej maszynie stworzyć aparat, który by zwykłe pismo zamienił na wypukłe litery systemu Braille'a.

Przygotowanie personelu nauczycielskiego

Zadanie przygotowania odpowiedniego personelu nauczycielskiego dla niewidomych spoczywa w rękach Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej, założonego w 1922 r. Instytut kształci rocznie przeciętnie około 30 słuchaczy; rozmieszczenie ich w poszczególnych dziedzinach szkolnictwa jest nierównomierne. Najmniej bowiem słuchaczy ma dział niewidomych, najwięcej dział dla upośledzonych umysłowo. Rolę odgrywa tu przeważnie łatwość zdobycia posady, a przecież szkół dla niewidomych jest tak mało.

Przygotowanie niewidomego dziecka do zawodu

Kierunek przygotowania zawodowego może być dwojaki: dalsze kształcenie się lub rzemiosło. Jednostki wybitne mogą zdobyć średnie, a nawet wyższe wykształcenie. Niemcy zorganizowały nawet specjalny uniwersytet dla niewidomych w Marburgu, jedyny na świecie. W innych krajach przeważa tendencja kierowania niewidomych do rzemiosła. Zawód nauczycielski stanowić może dla ludzi uzdolnionych w tym kierunku wdzięczne pole dla pracy i na tym stanowisku niewidomy może być nawet użyteczniejszy od widzącego, bo ma lepsze zrozumienie dla psychiki niewidomych i potrzeb ich życia. Zawód ten jest jednak dla niewidomych rzadko dostępny.

Kształci się ich więc na ogół w 2 kierunkach: w muzyce, najszerzej uwzględniając grę na organach i w rzemiośle.

Szkoły dla dzieci słabo widzących

Konieczność odrębnego traktowania dzieci słabo widzących od dzieci zupełnie ociemniałych zrodziła myśl stworzenia oddzielnych szkół dla obu kategoryj, dzieci bowiem słabo widzące na to, by się rozwijały należycie, wymagają innych metod nauczania. Od 1907 gdy pierwszą szkołę założono w Anglii, zorganizowano szkoły we wszystkich niemal krajach Europy. W Polsce taką instytucję mamy w Bydgoszczy i wychowankowie tego oddziału dają sobie dobrze radę zarówno w rzemiośle rzemieślniczym jak i w handlu, a umiejętność korzystania z resztek wzroku pozwala im na rozwój życia umysłowego.

Opieka nad dorosłym niewidomym

Jest ona bodaj najsłabszym punktem całego zagadnienia. Najmniej odczuwają to ci niewidomi, którzy w szkołach otrzymali przygotowanie zawodowe, ale poza nimi jest olbrzymia rzesza ludzi, którzy albo nic nie wiedzieli o zakładach, albo ci, których do zakładów nie chcieli oddać rodzice. Warsztaty szkolące dla dorosłych niewidomych są u nas dopiero w zaczątkach, istnieją przy zakładzie wileńskim i w Laskach. Zasadnicze zadanie, to stworzenie domów pracy, które by pomieściły i wychowanków szkół i przeszkolonych dorosłych niewidomych. Warsztaty na szerszą skalę zorganizowało Towarzystwo Opieki nad Niewidomymi w Warszawie i w Chorzowie. Niewidomi inwalidzi założyli również warsztaty w Warszawie i Bydgoszczy. Ale to wszystko mało i w 1927 r. liczba dorosłych niewidomych zatrudnionych w całym kraju nie przekraczała 150. — Obsadzanie przez niewidomych placówek w przemyśle wytwórczym, państwowym czy prywatnym u nas zdarza się wyjątkowo, choć za granicą sprawa ta postąpiła już daleko naprzód, np. w Czechach czynią to fabryki Bata, w Niemczech fabryki Siemensa i inne.

Przytułki istnieją tylko dwa, jeden w Laskach dla staruszek, drugi w Bydgoszczy. Patronowanie rodzinom niewidomych, popieranie prywatnych warsztatów zarobkowych, pośrednictwo pracy, wreszcie pomoc doraźna w potrzebie z funduszów, uzyskanych drogą imprez i zbiórek mają uzupełniać tę działalność społeczną, tak ważną i konieczną, a tak słabo u nas jeszcze rozwiniętą.

W organizacji opieki nad ociemniałymi współdziała w Polsce szereg towarzystw o charakterze społecznym.

Tych wszystkich organizacyj jest w Polsce z górą 20, — najobszerniejszy zakres działalności obejmują:

Towarzystwo opieki nad ociemniałymi (Warszawa, z patronatami w Warszawie, Poznaniu i Chorzowie);

Towarzystwo Pomocy Ociemniałym ofiarom wojny w Polsce „Latarnia“ z oddziałami w większych miastach Polski i Centralne Stowarzyszenie dla opieki nad głuchoniemą i ociemniałą dziatwą w Polsce — Warszawa, poza tym istnieją towarzystwa w Bydgoszczy, Wilnie, Łodzi, Lwowie.

Wydatnie pomagają w tej pracy organizacje samopomocowe samych niewidomych.

Opieka nad ociemniałymi inwalidami wojennymi.

Początki opieki nad ociemniałymi inwalidami wojennymi odnoszą się jeszcze do czasów wojny światowej; w 1917 powstał we Lwowie „Wojskowy Zakład dla ociemniałych“, a w 1919 powstała przy M. S. Wojsk. t. zw. Sekcja Opieki. W myśl ustawy z r. 1932 o zaopatrzeniu inwalidów, przyznaje się im prawo do renty, wymierzonej w stosunku do utraconej t. zw. zdolności zarobkowej (bez względu na rodzaj zawodu) i zależnie od miejsca zamieszkania.

Ogólna ilość inwalidów w Polsce według spisu zr. 1933 wynosi 171.878, a wśród nich na uszkodzenie wzroku przypada 6.076. Ślepych jest w tym około 650.

Inwalidom ociemniałym zapewniło Państwo zatem ustawowo zaopatrzenie, stwarzając materialną podstawę ich bytu, ponadto opiekuje się nimi społeczeństwo przez szereg stowarzyszeń, wreszcie sami inwalidzi utworzyli 3 związki samopomocy, które w 1928 r. wyłoniły wspólny zarząd główny, instytucję centralną o nazwie: „Związek Ociemniałych Żołnierzy R. P.“. Zarząd główny w Warszawie. W ostatnich miesiącach Związki wybudowały własnym kosztem Dom Wypoczynkowy w Muszynie, obliczony na 60 kuracjuszy. **D. M.**

Z Polski i z całego świata

OPIEKA POŁOŻNICZA NA WSI

Wydział Higieny Wsi Polskiego Towarzystwa Higienicznego wraz ze Związkiem Obywatelskiej Pracy Kobiet opracował ankietę w sprawie opieki położniczej na wsi. Wpłynęło 107 odpowiedzi. Zaledwie z 19 miejscowości podano, że nie ma tam „babek“, w pozostałych miejscowościach liczba ich waha się od 1 do 20, w 6 przypadkach odpowiedziano „dużo“, w jednym przypadku „każda stara kobieta“, w jednym przypadku „jedna, która ma 70 lat“. Dr. Skokowska Rudolf, omawiając wyniki ankiety w „Życiu lekarskim“ Nr. I, b. r. stwierdza, że obecność lekarza w danej miejscowości wpływa dodatnio na wzywanie położnych, natomiast osiedla oddalone od lekarza nie korzystają z pomocy położnych, choć te ostatnie są na miejscu. Nie jest ustalona kwestia wynagradzania położnej, która przedstawia się najrozmaiciej w różnych miejscowościach. „Babki“ wzywane są nie tylko z braku położnych, ale wskutek niedoceniania właściwej pomocy. Nie jest możliwe łączenie w jednej osobie obowiązków pielęgniarki ośrodkowej i położnej. „Stwierdza się konieczność: 1. ustawowego uregulowania sprawy szkolenia położnych i rozsiedlenia ich w terenie; 2. jak najdalej idących ułatwień w kierunku kształcenia w położnictwie kandydatek, pochodzących ze wsi drogą ustanowienia stypendiów oraz tworzenia internatów dla tych kandydatek przy szkołach położnych; 3. wydania przepisów obowiązujących samorządy w kierunku uregulowania sprawy wynagrodzenia położnych za ich czynności“.

STAN SANITARNY W WOJEWÓDZTWIE KRAKOWSKIM

Zjazd lekarzy powiatowych województwa krakowskiego odbył się w Krakowie we wrześniu z. r.

Inspektor lekarski dr. Parfanowicz zreferował stan sanitarny województwa za rok 1937/38. Podkreślił zmniejszenie przyrostu ludności i zwiększenie śmiertelności niemowląt. Zwrócił uwagę na konieczność objęcia wsi działalnością lekarzy i położnych okręgowych i gminnych ośrodków zdrowia i poradni społeczno-lekarskich. Zaznaczył, że praca w tym kierunku jest w toku. Podkreślił obniżenie stosunku procentowego działu sanitarnego w budżecie samorządów. Podniósł wzrost frekwencji w uzdrowiskach, letniskach i zimowiskach i przedstawił inwestycje sanitarne w tych miejscowościach. Omówił wyniki akcji studziennej, a zwłaszcza postępującą budowę studzien i kąpielisk publicznych. Zwrócił uwagę na prace około rozbudowy i podniesienia szpitalnictwa, Szkoły Położnych oraz ośrodków zdrowia.

Epidemiolog, dr. Bilek, omówił szczegółowo akcję zwalczania chorób zakaźnych, której wyniki były dodatnie. Podniósł potrzebę budowy domów noclegowych i kąpielisk, wczesnych i szeroko stosowanych szczepień przeciwdurowych, które łączyć można ze szczepieniami przeciwbłoniczemi.

Referendarz lekarz Gliński przedstawił stan szpitalnictwa w województwie i jego potrzeby. Podkreślił obecne warunki w sieci szpitali, słaby stan budowlany, niedostateczne urządzenie i za małą ilość łóżek.

Naczelnik Wydziału Zdrowia, dr. Hessek, w referacie p. t. „Ośrodki zdrowia w świetle ustawy o publicznej służbie zdrowia" po szczegółowym omówieniu projektu tej ustawy przedstawił zadania ośrodków zdrowia. Podniósł wzrost czynności lekarskich i pielęgniarskich przy równoczesnym obniżeniu kosztów funkcjonowania ośrodków zdrowia. Prowadzi się dalej budowę lokali ośrodków zdrowia. Projektowana jest ruchoma kolumna rentgeniczna. Ruchomy Ośrodek Zdrowia w powiecie krakowskim wykazał jak najlepsze wyniki pracy. Wytyczne: taka rozbudowa sieci ośrodków zdrowia, by przy każdym lekarzu okręgowym był ośrodek zdrowia, zespolenie poradni dotąd niezespolonych, należyte wyposażenie ośrodków zdrowia, a w Krakowie ich rejonizacja, oraz zaprowadzenie w ośrodkach zdrowia działu sanitarnego.

Prof. U. J. dr. Godlewski po omówieniu historii, organizacji i działalności zakładu leczniczo-wychowawczego dla dzieci jagliczych U. J. w Witkowicach — zwrócił uwagę na słabe i ciągle zmniejszające się jego obłożenie, a stąd malejące wpływy pieniężne. Należy więc obawiać się ewentualnego zamknięcia jedynego w Polsce zakładu dla jaglicy dziecięcej. Rozwiązanie sprawy widzi prelegent w zwiększeniu dotacji rządowej i w licznym umieszczaniu przynajmniej na częściowy koszt samorządów, dzieci w zakładzie. Ważny jest ścisły kontakt poradni przeciwjagliczych z zakładem witkowickim.

Kierownik Krakowskiej Filii Państwowego Zakładu Higieny, doc. dr. Heller, zreferował profilaktykę przeciwwolową przy pomocy soli jodowej. O korzystnym wpływie jodowania soli kuchennej na spadek wola świadczy stały i zdecydowany (począwszy od roku 1935) spadek odsetka wola u poborowych. Ważne są tutaj badania kliniczne ludności, które będą powtórzone w roku 1940.

Lekarz miejski, dr. Godlewski, przedstawił organizację miejskiej służby zdrowia w Krakowie.

STAN SANITARNY W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Zjazdy służby zdrowia poszczególnych województw, odbywające się z inicjatywy i przy obecności przedstawicieli Min. Opieki Społecznej obrazują istniejący stan sanitarny danego terenu i wytyczają drogi dalszego postępowania i doskonalenia służby sanitarnej.

Na podstawie sprawozdania z odbytego w kwietniu ub. r. zjazdu służby zdrowia można stwierdzić, że województwo śląskie pod względem sanitarnym stoi daleko wyżej niż inne połacie kraju. Inspektor Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, dr. Różalski zdał o tym stanie szczegółową relację.

Gęstość zaludnienia województwa śląskiego przewyższa około 4 krotnie gęstość zaludnienia reszty kraju. W przemyśle pracuje 55% ludności, 63% ludności mieszka w miastach lub wioskach o charakterze miejskim. Na jedno mieszkanie przypada 2—3 izb. Na 18 miast województwa tylko dwa miasta o 6 tysiącach ludności nie posiadają wodociągów. Kanalizację posiada 33% domów.

Obsługę zdrowotną terenu sprawuje: 10 lekarzy powiatowych, 9 miejskich i 2 gminnych, 3056 osób personelu lekarskiego i pomocniczego, 51 szpitali, 48 przychodni dla matki i dziecka, 22 przychodnie przeciwgruźlicze, 10 przeciwwenerycznych, 41 kas chorych i 1 Biuro Leczenia Bezrobotnych, 1 Wojewódzki Zakład Higieny i 2 zakłady serobakteriologiczne publiczne, 3 uzdrowiska i 8 letnisk, 108 aptek.

Na 10.000 mieszkańców przypadają 73 łóżka (w kraju 20,9).

Umieralność niemowląt obniżyła się w roku 1937. (Niestety spadła i rozrodczość). Dla walki z umieralnością niemowląt uruchomiono 6 nowych przychodni dla matki i dziecka oraz 4 nowe przychodnie dla matek w istniejących już przychodniach opieki nad dzieckiem. Mimo, że gruźlica na Śląsku spada, uruchomiono dwie nowe przychodnie i otwarto wspaniałe sanatorium w Istebnej na 400 łóżek dziecięcych. Ilość leczonych na choroby weneryczne zwiększyła się, uruchomiono jedną nową przychodnię. Szpitale oddziałów specjalnych dla weneryków nie posiadają. Słabnie nasilenie jaglicy, tak, że nawet niektóre przychodnie ulegają likwidacji. W wojewódzkim Zakładzie Higieny uruchomiono dwa nowe działy: wody i weterynaryjny. Dział higieny pracy scentralizował badania na ołowicę i metodą ulepszoną ustalił nasilenie zagrożonych ołowicą w hutach cynku.

STAN SANITARNY W WOJEWÓDZTWIE WILEŃSKIM

We wrześniu pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Urzędu Wojewódzkiego Wileńskiego Dr. H. Rudzińskiego obradował w Głębokim, pow. Dziśnieńskiego Zjazd lekarzy powiatowych i kierowników powiatowych Ośrodków zdrowia.

Dr. A. Turuto, radca Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego, złożył sprawozdanie z całokształtu działalności służby zdrowia terenu wileńskiego za rok 1937/38 oraz przed-

stawił stan obecny i potrzeby sanitarne województwa. Głównym zadaniem służby zdrowia na terenie Wileńszczyzny w roku sprawozdawczym, było pogłębianie i uzupełnianie akcji zapobiegawczo-zdrowotnej na wsi, ze szczególnym uwzględnieniem należytej organizacji opieki nad dzieckiem i matką. Jednocześnie została podkreślona potrzeba lepszego zorganizowania pomocy rodzącym przez położne, chodziłoby tu o wyeliminowanie korzystania przez rodzące z niefachowej pomocy różnych babek i sąsiadek, gdyż zostało stwierdzone, że 91% rodzących kobiet na wsi nie otrzymuje odpowiedniej pomocy położniczej. Aparat sanitarno-leczniczy wojew. Wileńskiego coraz szerzej jest rozbudowany. Wszystkie położne - pielęgniarki z terenu województwa zostały przeszkolone bądź to jednostkowo w Miejskim Ośrodku Zdrowia w Wilnie, bądź też drogą kursów dokształcających. Ogółem przystąpiło do egzaminu 399 pielęgniarek.

W dziedzinie szpitalnictwa przybyło w roku sprawozdawczym 59 łóżek, z których 46 w Wilnie i 13 w powiatach.

Na uwagę zasługuje wzrost kolonii i obozów wypoczynkowych, z których korzystało 13.149 dzieci, czyli o 52% więcej niż w roku ub. Wzrosła także ilość półkolonii i dziecińców sezonowych, z których korzystało przeszło dwukrotnie więcej niż w roku ub.

Godnym uwagi jest także fakt, iż zachorowalność na dur plamisty w roku sprawozdawczym osiągnęła liczbę 402, t. j. najmniejszą w ciągu ostatnich 5-ciu lat. Walkę z durem prowadzono bardzo energicznie przy pomocy 7 kolumn epidemicznych oraz 8 pogotowi epidemicznych. Tak samo w porównaniu z rokiem ub. zmniejszyła się ilość zachorowań na dur brzuszny o 20%, szczepień ochronnych dokonano o 70% więcej w porównaniu z rokiem poprzednim.

W walce z chorobami społecznymi należy podkreślić dużą pomoc i rolę Tow. Przeciwgruźliczego Oddziału pow. Wileńsko-Trockiego w walce z gruźlicą, które uświadamia ludność o gruźlicy przy pomocy t. zw. „Przodownic Zdrowia", ulotek i audycyj radiowych. W pow. Wileńsko-Trockim rozpoczęto stosowanie leczenia uciskowego gruźlicy i posługiwanie się ruchomą samochodową instalacją rentgenowską.

W walce z jaglicą w roku sprawozdawczym wprowadzono przymusowe leczenie mężczyzn w wieku przedpoborowym. Akcja ta zmniejszyła już stopień zajagliczenia o 0,5% w stosunku do roku ub.

Pod opieką Stacyj Opieki było o 20% matek więcej niż w roku ubiegłym.

Naczelny Lekarz Ubezpieczalni Społecznej m. Wilna Dr. Szniolis przedstawił całokształt działalności Ubezpieczalni Społecznej w Wilnie.

W roku sprawozdawczym wybudowano nowy gmach Ubezpieczalni, którego brak dotychczas dawał się dotkliwie odczuć.

W toku dyskusji wyłoniła się sprawa potrzeby zwiększania ilości punktów leczenia jaglicy, oraz stwierdzono, iż dotychczasowy sposób sprawdzania wyników szczepienia ospy nie daje obrazu faktycznego stanu z akcji szczepiennej, a to ze względu na to, iż nie wszyscy rodzice przychodzą z dziećmi do sprawdzania. Należałoby znaleźć sposób bezwzględnego przymusu przychodzenia do sprawdzania.

Stwierdzono potrzebę przeprowadzenia większej ilości szczepień przeciwdurowych zwłaszcza w okolicach stwierdzenia wypadku zapadnięcia na dur brzuszny lub osutkowy oraz tam, gdzie istnieje dur brzuszny w formie endemicznej. Jednocześnie należy dążyć do przeszczepiania osób nowo-przybyłych oraz bezwzględne wyeliminowanie włóczęgów i żebraków z terenu, bowiem z ich strony może grozić niebezpieczeństwo przenoszenia zarazków durowych. Stwierdzono potrzebę koordynacji pracy na prowincji różnych organizacji społecznych, pracujących w dziedzinie higieny i zdrowotności wsi.

ALKOHOLIZM I MAŁŻEŃSTWO

W Danii uchwalono nowelę do prawa małżeńskiego, na podstawie której przeszkodą do zawarcia małżeństwa jest chroniczny alkoholizm jednego z narzeczonych. W przypadkach podejrzanych wymagane jest przedstawienie świadectwa lekarskiego, a nawet specjlne zezwolenie ministerstwa sprawiedliwości. Małżeństwa zawarte wbrew przepisom, mogą być unieważnione z urzędu lub na żądanie zdrowego współmałżonka. („Życie Lekarskie", I, 1939).

CHORZY NA GRUŹLICĘ HODUJĄ JEDWABNIKI

W jednym ze szpitali niemieckich jako dział zajęć dla chorych gruźliczych zaprowadzono hodowlę jedwabników. Inicjatywa ta dała bardzo dobre wyniki: daje chorym zadowolenie i opłaca się pod względem materialnym. („Życie Lekarskie", I, 1939).

JUBILEUSZ SANATORIUM W RUDCE

W listopadzie 1938 roku minęło 30 lat od czasu, w którym z inicjatywy ś. p. dr. Teodora Dunina powstało z ofiar społecznych sanatorium w Rudce. Sanatorium położone niedaleko od Warszawy, wśród własnego lasu sosnowego, na suchym piaszczystym gruncie, posiada doskonałe warunki lecznicze. Mimo że zostało założone przed trzydziestu laty, urządzenia jego są jak najnowocześniejsze. Przeznaczone jest w pierwszej mierze dla niezamożnej inteligencji, przy czym opłaty za leczenie są poniżej kosztów własnych. Organem naczelnym sanatorium jest komitet złożony z dziesięciu członków Polskiego Towarzystwa Higienicznego z wielce zasłużonym działaczem społecznym, p. Emilem Gerlachem na czele.

O UNARODOWIENIE PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO

W listopadzie z. r. odbyło się posiedzenie Komisji Unarodowienia Przemysłu Farmaceutycznego przy Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Postanowiono prowadzić akcję pod hasłem popierania wyłącznie czysto polskiego przemysłu i handlu farmaceutycznego. Uchwalono uzgodnić działalność komisji z czynnikami wojskowymi, oraz nawiązać ściślejszy kontakt z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego.

LEKARZ EGIPSKI W POLSCE

Niedawno bawił w Polsce dr. Badir El Din, naczelnik wydziału ministerstwa zdrowia w Kairze. Przybył do Polski, wychodząc z założenia, że ma ona, jako kraj rolniczy, wiele wspólności z Egiptem i że dlatego może w niej pod względem sanitarnym dużo skorzystać. Szczególnie zainteresował się naszymi wysiłkami nad podniesieniem higieny wsi. Stan sanitarny w Egipcie przedstawia się następująco: opiekuje się nim departament sanitarny ministerstwa zdrowia publicznego, kraj jest podzielony na 14 dystryktów sanitarnych, w każdym z nich istnieje szpital, a w każdej wiosce punkt sanitarny. Każda wieś jest skanalizowana i zelektryfikowana. W toku jest rozszerzanie sieci zapobiegawczych przychodni przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych i przeciwwenerycznych. Specjalną uwagę zwraca się na zwalczanie chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego. Poza wymienionymi, Egipt posiada dwa olbrzymie szpitale, z których przede wszystkim wspaniały szpital Fuada I na 2270 łóżek. Akcję uświadamiającą stale prowadzi radio, prasa i sztab prelegentów. 100 lekarzy corocznie opuszcza mury uczelni, udając się z własnej woli na pewien czas na wieś.

INSTYTUT WĘŻÓW

W „Medycynie i Przyrodzie" Nr. 1, 1939 dr. Marian Jakubowski wprowadza czytelników do Instytutu Surowic w San Paulo w Brazylii. Jest to wszechświatowej sławy farma węży, z których jadów wykonuje się surowice przeciw ukąszeniom. Surowica, zastosowana dosyć wcześnie, zawsze ratuje życie ukąszonego, choć nie zawsze zdoła zapobiec objawom porażennym. Trudność polega na olbrzymiej ilości gatunków węży, niesposób każdego człowieka, udającego się w głąb lądu, zaopatrzyć we wszystkie surowice. Chociaż dążenia Instytutu idą po linii wytwarzania pewnych surowic typowych, wielowartościowych, według podziału węży na pewne grupy, to jednak metoda ta nie zawsze się udaje, ponieważ jady węży mają charakter wybitnie specyficzny. Jad grzechotnika dla celów laboratoryjnych otrzymuje się w ten sposób, że uchwyciwszy węża poniżej głowy naciska się jego gruczoły, z których jad ścieka na podstawioną płytkę Petriego. Laborant, który dokonuje tego zabiegu, jest uodporniony nawet na ukąszenia najjadowitszych węży. „Mieszkania" węży mieszczą się obok gmachu Instytutu na łące wśród której sterczą zbudowane dla nich małe półkoliste domki. Laboranci, zatrudnieni w Instytucie znają doskonale obyczaje i charakter swoich egzotycznych pupilów, do których żywią wcale przyjacielskie uczucia.

NOWE WŁOSKIE SANATORIUM

W Nr. 9-tym 1938 r. „Zdrowia Publicznego" dr. Andrzej Biernacki i arch. inż. Kozłowski, omawiają gigantyczny rozmach, z jakim w r. 1934-tym wybudowano na krańcach Rzymu Instytut Benito Mussolini i Sanatorium Carlo Forlanini.

Imieniem wielkiego twórcy odmy sztucznej — Carlo Forlaniniego, lekarza i badacza gruźlicy, oraz drugim wielkim imieniem twórcy potęgi nowej Italii, nazwano instytucję, która ma za zadanie nie tylko gruźlicę leczyć, ale gruźlicę badać, studiować, zwalczać i zapobiegać jej. Instytut zbudowano prawie w całości z funduszów składek ubezpieczeniowych, a częściowo z darów prywatnych, np. oddział złożony z 50 łóżek

a przeznaczony dla rodzących matek gruźliczych ufundowała p. Maria Casale. Jeśli mowa o ubezpieczeniach społecznych, to należy wspomnieć, że w r. 1926, po zjeździe w Waszyngtonie, opracowano w Italii na życzenie Mussoliniego ustawę o przymusowym ubezpieczeniu od gruźlicy w połączeniu z ubezpieczeniem od starości i niezdolności do pracy: ustawa ta ochrania ubezpieczonych i ich rodziny, a ze świadczeń korzysta około 15 milionów.

Po rekonstrukcji Instytutu oparto się na wytycznych, według których części naukowa, szpitalna i sanatoryjna były z sobą związane, a jednocześnie do pewnego stopnia niezależne. Celem zmniejszenia kosztów nie stawiano szeregu oddzielnych pawilonów, ale zbudowano 5 wielopiętrowych, połączonych z sobą, budynków.

Pawilon główny mieści zarząd,, bibliotekę, aulę, muzeum, laboratorium, poczekalnię dla chorych demonstrowanych, salę profesorów, apteczkę; na piętrach znajdują się kliniki: chirurgiczna, ortopedyczna, pediatryczna, laryngologiczna, sale operacyjne, prócz tego pracownia radiologiczna, diatermia, radioterapia. Sanatorium składa się z 4-ch pawilonów po 250 łóżek. Urządzenia są bardzo nowoczesne. Wietrzenie, oświetlenie, ogrzewanie, komunikacja, dostawa jedzenia, przeprowadzenie brudnej bielizny w hermetycznie zamkniętych przewodach, podział na sale (po 6 łóżek), rozrywki, kino, koncerty, piękny widok (gdyż sanatorium skierowano ku górom Albańskim) — cały ten ogromny aparat skierowano tak, aby najmniejszym wysiłkiem i wydatkiem, dał maksimum osiągnięć w pracy dla zdrowia i poznania choroby. Sanatorium i kliniki podzielone są na dział męski i żeński, podziału tego przestrzega się w jadalniach, kaplicach, nawet w ogrodzie. Otoczenie instytutu jest piękne i rozległe, ogród ogromny, w którym lżej chorzy nawet mogą pracować. Powietrze zarówno górskie jak i morskie.

Działalność naukowa instytutu idzie w kierunku mechaniki oddechowej, w myśl badań i osiągnięć Forlaniniego. Dyrektorem i budowniczym sanatorium jest uczeń tego wielkiego uczonego, Morelli, który otoczył się wypróbowanymi współpracownikami. Każdy dział ma znakomitych kierowników, czy to chirurgia, czy pediatria i t. d. Lekarze, w liczbie około 100 mieszkają w osobnym pawilonie. Oczywiście jest tam liczny i wypróbowany personel pomocniczy, pielęgniarski i laboratoryjny, dobrany za wczasu przed wykończeniem instytutu przez prof. Morelli, tak, że z chwilą ukończenia budowy, wszyscy od razu stanęli do twórczej pracy. Instytut, szkoląc lekarzy italskich z prowincji, nie przygotowanych do leczenia gruźlicy, ma dla nich roczny kurs dokształcający. Prócz nich znajdują tam bogaty materiał doświadczalny pracownicy naukowi. Istnieją też miejsca stypendialne dla obcych lekarzy zagranicznych, którzy chcą tam pogłębiać swą wiedzę.

B. Świacka .

NAPOJE MLECZNE

Zawleczona do naszego kraju zaraza pryszczycy wywołała uzasadnione obawy zarażenia się przy spożyciu mleka. Najzupełniej jednak niesłuszną, a niestety już obserwowaną reakcją, wobec groźby choroby, jest wstrzymywanie się od spożywania mleka, które jest tak cennym i pełnowartościowym środkiem odżywczym.

Każdy już chyba wie, że proste zagotowanie mleka czyni je zupełnie bezpiecznym pod względem zdrowotnym, jednak powstawać mogą poważne wątpliwości przy spożywaniu tak rozpowszechnionego u nas mleka zsiadłego (kwaśnego). Czy można je spożywać bez obawy o zarażenie się pryszczycą lub tyfusem? Bez wątpienia okres kwaszenia mleka osłabia, a nawet niszczy zarazki chorobotwórcze, jednak najbezpieczniejszym wyjściem jest sporządzanie mleka zsiadłego z mleka przegotowanego. Osiągnąć to można wyłącznie tylko, dodając do ostudzonego mleka przegotowanego, odpowiednie kultury drobnoustrojów w postaci t. zw. szczepionki. Szczepionki takie wyrabiają pracownie naukowe, m. in. Instytut Fermentacyjny w Warszawie (Krakowskie Przedmieście 66).

Stosując szczepionki, otrzymać możemy mleka ukwaszone rozmaitego typu, a więc: zwykłe mleko zsiadłe, jogurt (mleko bułgarskie), kefir.

Zasadą wyrobu tych napojów mlecznych jest zaszczepienie, czyli wprowadzenie do mleka przegotowanego specjalnie dobranych drobnoustrojów, zawartych w szczepionce. Drobnoustroje te przetwarzają niektóre chemiczne składniki mleka, zmieniając jego konsystencję, smak, zapach i zwiększając tą drogą jego strawność.

Przegotowanie mleka zabija prawie całą mikroflorę mleka surowego, wśród której — jeśli mleko nie jest specjalnie starannie otrzymane — często znajdują się gatunki niepożądane, a w okresie epidemij — często szkodliwe dla zdrowia. Prrzegotowanie mleka co prawda zmniejsza nieco jego wartość odżywczą, lecz właśnie zaszczepienie go po tym specjalnie dobranymi drobnoustrojami przywraca mleku właściwości dodatnie, w znacznym stopniu stracone przez zagrzanie. Bowiem bakterie szczepionek

produkują nowe enzymy i witaminy, nadtrawiają częściowo ścięte przez gotowanie białko i w ten sposób regenerują jakby cechy mleka świeżego.

Zarówno w zsiadłym mleku, jak jogurcie i kefirze główną fermentacją jest fermentacja mlekowa, czyli zamiana cukru mlecznego na bardzo dla organizmu zdrowy składnik, jakim jest kwas mlekowy. Jednak każdy z tych napoi różni się wyraźnie w smaku dzięki innym fermentacjom, towarzyszącym mlekowej.

W zsiadłym mleku, sporządzonym ze szczepionki czystej kultury, specjalny smak i aromat nadaje napojowi tworzenie przez bakterie kwasu octowego, dwutlenku węgla i dwuacetylu. W jogurcie, kwaśniejszym od zsiadłego mleka, produkcji kwasu mlekowego towarzyszy lekkie nadtrawianie sernika. W kefirze, obok fermentacji mlekowej zachodzi lekka fermentacja alkoholowa, produkcja dwutlenku węgla i nadtrawianie sernika. Zsiadłe mleko, jogurt i kefir sporządzać można na mleku pełnym i chudym. Oczywiście użycie mleka chudego nie da nam napojów o pełnej wartości odżywczej. Jednak warto podkreślić, że zalety zarówno smakowe jak i dietetyczne napojów są niemal równorzędne, w wypadku użycia pełnego, czy też chudego mleka.

Wszelkich porad i informacyj Instytut Fermentacyjny w Warszawie udziela bezpłatnie.

O KRAJOWĄ PRODUKCJĘ ZIÓŁ

Uprawa oraz zbiór ziół leczniczych w kraju pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Społeczeństwo nie jest dosyć uświadomione o racjonalnej produkcji i obchodzeniu się z ziołami, nie zna zasadniczych warunków hodowli, organizacji zbytu oraz dochodowego warsztatu pracy. Fachowymi siłami instruktorskimi udzielającymi porad i instrukcji rozporządza Polski Komitet Zielarski. Z uprawą ziół łączy się dostępne dla małych nawet gospodarstw podniesienie dochodów, a przy odpowiedniej organizacji zbiorowej tworzyć się mogą ośrodki handlowe ziół leczniczych. W Krakowie do zawodowego przygotowania drużyn harcerskich i jednostek w hodowli i zbiorze ziół leczniczych przystępuje Komenda Harcerek z zamiarem zorganizowania w przyszłości elementu fachowego, pośredniczącego między ludnością wiejską, a miejscami zbytu.

Sprawa nawiązania kontaktu z produkcją wiejską ma wielkie znaczenie, gdyż na wsi często pojedyńcze gospodarstwa nie mają środków i warunków do utrzymania kontaktu handlowego, wobec czego przeważnie są wyzyskiwane przez pośredników skupujących surowiec po cenach nadmiernie niskich.

Ważną rolę w produkcji ziół leczniczych odgrywają Koła Gospodyń Wiejskich, Stowarzyszenia Włościanek, Związek Ziemianek i t. d. Podczas zeszłorocznego zjazdu inspektorek Kół Gospodyń Wiejskich z inicjatywy Ministerstwa Rolnictwa odbyła się specjalna konferencja w sprawie produkcji ziół leczniczych. Między innymi przyjęto jako wytyczne przeszkolenie sił w terenie i tworzenie odpowiednich organizacyj zbytu, bądź jako oddziały bazarów przemysłu ludowego, bądź też jkao specjalne spółdzielnie zielarskie.

Kronika Pielęgniarska

ZE STOWARZYSZENIA ABSOLWENTEK SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA W POZNANIU

Jak co roku, tak i 20 grudnia 1938 odbyło się zebranie gwiazdkowe w VII Szpitalu Okręgowym. Zebranie miało charakter towarzyski. Przy choince rozdawano podarki, przy czym nie pominięto chorych koleżanek w Szpitalu, które nie mogły przybyć na zebranie. Wieczór upłynął w ciepłym, wesołym nastroju.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Tomasza L. 37.

Drukarnia Udziałowa w Krakowie, ul. św. Tomasza 37, pod zarządem Romana Ferka.